

## La fine e niente altro: di fronte al suicidio

GIORGIO LECCARDI

*Summary* – THE END AND NOTHING ELSE: FACING THE SUICIDE. Every psychotherapy is proposed like an opportunity of care for a subjects asking to share with a therapist a parenthesis of their actual existence. Inside this connection the specter of a tragic end, represented by the possible death of one of the participants, is always present especially when the possibility of the suicide may be imminent.

*Keywords:* SUICIDE, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL FEELING

*«La vita non è solo vita. È vita e poi morte. Sono due cose unite, funziona così da sempre. Non sarà diverso per me... o per te».*  
*“Va bene, d'accordo. Voglio soltanto avere del tempo per accettarlo”. “No! E infatti è questo il punto: che non c'è tempo per accettarlo. C'è soltanto tempo per avere tempo, c'è soltanto tempo per questo».*

(dal film “L'uomo di Talbot”  
di Arto Paragamian)

In questo lavoro si cercherà di avvicinarsi al fenomeno del suicidio nell'ambito della relazione terapeutica, cercando di porsi sia dalla parte del paziente che da quella del terapeuta che, alla fine, resta testimone di ciò che è accaduto. Si cercherà di tematizzare l'aporia assurda, il paradosso proprio del suicidio che presenta elementi talmente critici da poter solo faticosamente essere racchiusi nelle interpretazioni che fanno parte del corpus teorico adleriano (ma più probabilmente in qualunque tentativo di inquadramento teorico), facendo infatti vacillare la possibilità stessa di un'interpretazione secondo le direttive finalistiche e teleo-

logiche che, insieme all'unità della persona, alla personale creazione del proprio stile di vita, al sentimento sociale e alla sua dialettica con la volontà di potenza, sono uno dei capisaldi di tutta la teoria individualpsicologica.

Le domande suscitate da questi accenni sono inevitabilmente diverse. È possibile infatti concepire un atto che sfugga alla dialettica finalistica? È possibile anche solo il porsi la domanda essenziale circa il franare proprio di tale finalismo oppure in ogni caso è possibile riportare ogni fenomeno a tale dinamica inconsapevole e strutturante tutto l'essere umano? Può esistere un atto sganciato dalla proiezione umana che sempre deve radicarsi nel profondo di un (uno qualsiasi) fine ultimo fittizio che guidi l'atto stesso partendo, per tornarvi, all'unità della persona?

Questi rimandi hanno guidato le riflessioni seguenti che, se non possono esaurire l'argomento, sono l'espressione dello sgomento personale e professionale di fronte alla profonda disperazione in cui si coglie la perdita di ogni "esser-Ci", e del proprio attendersi-oltre [10].

### *I. Disperante*

Affrontare il tema del suicidio, della scelta di porre termine alla propria esistenza attraverso il gesto di una morte autoindotta è estremamente difficoltoso, specialmente nella misura in cui si cerchi di dare voce alla dialettica spesso impossibile che viene offerta dal suicida. Il confronto con la morte genera già di per sé timore, desiderio di lontananza e di protezione e porta alla più potente rimozione di cui l'uomo sia capace [23], una rimozione finzionale che ci permette di sopravvivere nella quotidianità in cui siamo immersi e gettati. Il fatto poi che la tematica della morte venga riproposta non dagli eventi naturali e nemmeno da un atto violento compiuto da terzi, bensì ci si trovi di fronte alla situazione in cui un proprio simile decida di porre fine alla sua vita con una modalità che, qualunque sia, è in ogni caso violenta ("violento": tra gli altri significati questo appare molto significativo: «detto di tutto ciò che è particolarmente forte, carico, intenso» (9, p. 1820), genera sconcerto, sgomento e un conseguente bisogno di fornire una spiegazione sufficientemente "accettabile" che possa, in definitiva, essere contenuta dai propri "confini psichici", confini che, in questo caso, possono essere avvertiti come troppo stretti.

Si corre inevitabilmente il rischio di cercare di pacificare immediatamente il conflitto, di distendere innanzitutto le tensioni, di spiegare (e piegare ad un proprio bisogno di chiarezza e quiete) più che comprendere il bisogno dell'Altro. Quando non si riesce più a *comprendere* non si riesce più a stare "accanto", vicino all'Altro in uno spazio comune ove possa trovare domicilio anche ciò che si sente ancora distante. Non si riesce più ad *accogliere* ciò che l'Altro porta da

lontano quasi fosse un dono, anche se a volte proprio tale dono può risultare sgradito. Si tende piuttosto a *spiegare*, cercando di restare *di fronte* all'Altro, in un atteggiamento di contrapposizione ove il fine ultimo appare più quello di non perdere la propria posizione nel tentativo di interpretare, piegare, racchiudere il senso altrui nel proprio.

La gravidanza esistenziale del *comprendere* rispetto allo *spiegare* sta tutta nella differenza di atteggiamento che porta nel primo caso a poter “tenere con sé” comunque sia, nel secondo a piegare il senso e il significato altrui per costringerlo, per forzarlo nel proprio personale spazio mentale, ovviamente troppo angusto per bastare a tutto il senso possibile. In tal senso, il contatto con il tema della morte e della morte “non necessaria” pone inevitabilmente a contatto con il più elevato livello di non comprensione possibile. Se infatti è già difficoltoso accogliere ed accettare la necessità della morte anche come fondamento del persistere della specie (alcune interessanti riflessioni in merito a ciò si trovano nell'ultimo romanzo di José Saramago [36]), ancora più difficile è il confrontarsi con la *non necessità* del morire del singolo individuo in un dato momento, in una data situazione, con una morte che se è necessaria nella sua essenza, è incidente rispetto al momento in cui arriva, un momento in cui *il corpo continuerebbe a vivere*.

Ancora di più, come ci si può confrontare con lo scandalo offerto da una persona che decida autonomamente di rendere necessario ora un momento che di per sé permane incidente per sua stessa natura? Come si può confrontare la propria prefigurazione della morte e della sua necessità con quella del suicida che ha messo in atto la *propria* necessità?

Da tutte queste domande sono sorte nel corso della storia differenti ipotetiche risposte nell'ambito dei grandi filoni della psicologia del profondo. Per ciò che riguarda il corpus teorico adleriano, Togliani, in uno dei contributi, forse pochi, esplicitamente rivolti alla tematica suicidaria, ricorda come le riflessioni portate da Adler e dalla scuola individualpsicologica si distanzino radicalmente sia dalle riflessioni freudiane e kleiniane di matrice psicoanalitica, secondo le quali da un lato esisterebbe una pulsione di morte come istinto di autodistruzione primario, dall'altro interpretano il suicidio come distruzione dell'oggetto d'amore (parziale) che è stato introiettato e con il quale il soggetto s'identifica [38].

L'esistenza di un istinto di autodistruzione primario accanto ad un istinto di autoconservazione primario viene poi fermamente rifiutata da Adler, nell'ottica per cui, come ricordano in modo esplicito Parenti e Pagani, «gli istinti servono la sopravvivenza della specie e non la sua distruzione» (34, p. 49). Le posizioni adleriane si distanziano inoltre anche dalle posizioni junghiane in merito agli archetipi di morte-rinascita. Più nello specifico, come ricorda Togliani, nell'ottica adleriana il suicidio è «visto come compensazione, spesso autovalorizzante,

rispondente comunque a una finalità intenzionalmente positiva d'affermazione. Ciò appare chiaramente nei casi in cui un soggetto mira, attraverso la morte, a colpevolizzare o punire l'ambiente che lo circonda e che egli ritiene responsabile della sua sofferenza. Ugualmente accade quando un individuo crede di valorizzarsi attraverso questa estrema decisione, che richiede coraggio, e fantastica sulla attenzione e il dolore che gli altri dimostreranno alla sua morte [...]. Anche quando il suicidio è da mettere in relazione a una grave malattia o a un grande dolore è possibile scorgere una finalità positiva: la difesa da un'insopportabile sofferenza, fisica o morale, la liberazione dall'angoscia, l'affermazione di se stessi sul male, che in tal modo non riesce a vincere» (38, p. 69).

Una considerazione da tenere presente comunque, è che il punto da cui partivano le riflessioni di tale lavoro erano i *tentativi* di suicidio. Questa specificazione non vuole essere un eccesso di precisione, piuttosto cerca di mettere in evidenza la profonda differenza esistenziale che sottostà ad un progetto suicidario rispetto alla realizzazione pratica del progetto stesso. Il fatto che venga portato a termine con successo o meno un progetto suicidario può infatti essere incidentale rispetto all'intenzione: vi sono tentati suicidi, nella definizione della clinica psichiatrica, attuati più che altro a titolo rivendicativo o per attirare l'attenzione e che, per un errore di valutazione, esitano nel decesso della persona, così come vi sono mancati suicidi, atti cioè in cui non si potevano cogliere quegli elementi dialogici e dialettici che sottendevano al desiderio di essere salvati, che non portano all'esito ricercato per coincidenze assolutamente non prevedibili e non prevenibili dal potenziale suicida. Il progetto di morte, come si vedrà anche oltre, è un *progetto in vita*, con tutte le caratteristiche che la progettualità segue anche nell'ambito del perseguimento sperato di una meta fittizia e con l'avvicinamento ad un futuro che esiste e in cui ci si attende.

Anche negli altri contributi adleriani in merito al tema del suicidio si rilevano considerazioni simili a quelle citate poc'anzi. Anche per Parenti [33], il suicidio viene interpretato anche nelle sue valenze di attacco verso altri, così come la soluzione a difficoltà che il soggetto percepisce come insormontabili. L'attenzione, conformemente a tutto l'impianto teorico fondante il pensiero adleriano, viene quindi posta principalmente sulle possibili componenti finalistiche legate all'atto suicidario. In definitiva, si potrebbe sinteticamente riassumere che nell'ottica adleriana il suicidio viene interpretato, come dice lo stesso Adler, come «una soluzione solo per chi, di fronte a un problema urgente, ha finito il suo limitato sentimento sociale» (6, p. 358).

Quest'ultima osservazione appare estremamente interessante poiché spalanca una porta attraverso cui si accede direttamente su un baratro che viene lasciato intravedere solo per accenni se ci si ferma in un'osservazione superficiale alla sua apparente semplicità. La considerazione di fondo che viene suggerita appare

infatti la seguente: se gli istinti, come ricordato da Parenti e Pagani servono alla sopravvivenza, il suicidio pone inevitabilmente di fronte ad uno stravolgimento di tale assunto per spiegare il quale una possibilità potrebbe appunto essere l'esaurimento del sentimento sociale. Questo però, per ammissione dello stesso Adler, è una «compensazione evidente e inevitabile (una finzione) di tutte le debolezze naturali dell'essere umano» (*Ibid.*, p. 163) e, quindi, non può essere considerato come un "a priori", radicale, istintuale.

Questo permette in primo luogo di poter azzardare una specificazione e forse una correzione alla frase sopra citata, intendendo che ciò che va esaurendosi nei casi di suicidio potrebbe non essere rappresentato solamente dal *sentimento sociale*, anche perché in tal senso, come si cercherà di illustrare in seguito, non si potrebbe non parlare di un esaurimento parallelo della volontà di potenza, ma soprattutto suggerisce che, se il sentimento sociale e la volontà di potenza sono *compensazioni* e quindi non possono essere considerati come primitivi, pulsionali, istintuali, una loro carenza relativa od assoluta, seppur indubitabile, non dovrebbe essere *sufficiente* a determinare un rifiuto della vita. Si ritiene, piuttosto, che si stia qui parlando dell'eventuale "esaurimento" proprio di quel *quid* che è primario, essenziale che fonda ogni baluardo di autodifesa e senza il quale questa stessa autodifesa da cui può prendere forma una stabilità ed una progettualità perde ogni significato.

Altra considerazione, legata alla precedente che si vuole qui portare è ancora riferita alla tesi rispetto al presunto esaurimento del sentimento sociale nelle condotte suicidarie. Se ciò appare innegabile soprattutto nelle *progettazioni* suicidarie, si intravede immediatamente il rischio di attribuire la realizzazione dell'estremo gesto autolesionista ad un fenomeno *primariamente* diretta *contro* gli altri, il mondo, la società, il terapeuta. Se si prende come riferimento la situazione terapeutica, si può senza dubbio affermare che le dinamiche che sottendono la dialettica paziente-terapeuta spesso sfociano in una sorta di lotta per la supremazia e in tal senso spesso accade che il paziente «cerca di sottomettere il medico al suo dominio» (3, pp. 151-152) e ciò «appare chiaramente nei casi in cui un soggetto mira, attraverso la morte, a colpevolizzare o punire l'ambiente che lo circonda e che egli ritiene responsabile della sua sofferenza» (38, p. 69), ma ci sofferma ulteriormente sul considerare primaria la valenza *autodistruttiva* del *suicidio* e la sua differenza fenomenologica rispetto alla *progettazione suicidaria*, per la quale si ritiene siano valide in modo più chiaro e aproblematico le considerazioni cui ci riferiva poc'anzi. In questa dialettica riteniamo necessario ricordare come l'incontro analitico può essere inteso come un «*evento finzionale a due* costruito per raccontare e raccontarsi la propria trama individuale, il proprio "mito" personale, per porsi in rispettoso ascolto del proprio Sé e nello stesso tempo di quello altrui, con movimenti di avvicinamento sempre più arditi verso le parti più oscure, umbratili, *inferiores*, che sappiamo ma non comprendiamo, di cui ci vergognia-

mo, che tendiamo a scotomizzare, a negare, a scindere per paura di rimanerne soffermati» (32, p. 35).

In questo senso, evidentemente, il rischio che aleggia rispetto alla tematica suicidaria appare speculare rispetto a quanto osservato nelle difese e nelle dinamiche messe in atto dal paziente. Il rischio, cioè, di *devalorizzare il paziente* stesso nel momento in cui porti nella società, nel mondo (in quella che è la *sua* visione della società e del mondo), nel rapporto terapeutico e analitico (in ciò che egli stesso interpreta essere il rapporto terapeutico ed analitico) importanti dinamiche inconsapevoli che riguardano proprio quelle parti umbratili, *inferiores*, oscure e che rimandano in definitiva alla morte e al suicidio.

L'equivoco possibile rispetto a tale interpretazione può prendere nascita (cioè radicarsi nel complesso processo di costituzione ed apparizione di un fenomeno, non solo nel momento in cui esso si manifesta) da un lato da un controtransfert negativo suscitato da un gesto così estremo, che non ammette repliche e che può essere vissuto come *aggressione diretta* personalmente e professionalmente verso di sé e, dall'altro, dal bisogno di *umentare la distanza* proprio da tali istanze umbratili e oscure che, in definitiva, appartengono all'uomo in quanto tale e che inevitabilmente non possono non toccare nel profondo ciascuno di noi, terapeuti e analisti compresi.

Un gesto così estremo, che apre sicuramente al tema dell'aggressione alla persona e al ruolo può trovare facilmente (e a volte superficialmente) un'interpretazione plausibile che possa "spiegarlo" nell'esaurimento di un'istanza, il sentimento sociale appunto, che, proprio per tali movimenti emotivi, rischia di venire facilmente frainteso ed interpretata come "buonista" e altruista. Se tale fraintendimento prende corpo, tuttavia, sembra piuttosto riguardare il franare di una visione di tipo assoluto, e quindi infantile, con cui si intende fare coincidere i concetti di "bene" comune e la tensione-verso-l'altro con il "sentimento sociale", dimenticando la natura essenzialmente compensatoria di tale istanza e quindi la sua non assolutezza. Se tale malinteso non viene criticato, valutato e compreso a fondo, facilmente il gesto estremo, fondamentalmente *autolesionista*, risulta essere vissuto *primariamente* come un gesto egoista e vendicativo nei confronti del mondo, della famiglia, del terapeuta, operando in tal modo una distorsione ed uno stravolgimento dei piani che è evidente: per il soggetto sono più importanti il mondo, la famiglia, il terapeuta che la salvaguardia della propria stessa vita, rischiando di celare in tal modo istanze narcisistiche ed onnipotenti che sono latenti anche nel terapeuta stesso.

Vi sono diversi modi per poter agire una personale vendetta, per agire la propria rabbia, per devalorizzare il mondo circostante rispetto a sé stessi. Nel momento in cui la scelta per l'attuazione pratica di tali esigenze risultasse tuttavia in un

*autoannullamento irreversibile*, anche restando nell'ambito dei movimenti compensatori quali sono il sentimento sociale e la volontà di potenza, seppure ci si trovi sicuramente di fronte ad una carenza del primo, con cui si potrebbe effettivamente rendere conto del totale disprezzo per l'altro e quindi giungendo così a motivare una punizione ed una vendetta così estreme come quelle innescate dalla morte autoindotta, si ritiene non si possa escludere forse una maggiore responsabilità alla carenza della seconda.

La volontà di potenza rappresenta il motore per un processo di presa di coraggio e di superamento della propria inferiorità ed insicurezza che, se presente, può certamente direzionare verso l'altro anche un moto di vendetta e di rivalsa, d'autovalorizzazione personale e devalorizzazione del mondo, ma senza il quale anche questo movimento autoprotettivo viene a mancare.

Più probabilmente tuttavia ci si rifà qui alla carenza di un "quid" che garantisce almeno la tensione per l'autoconservazione personale (ricordiamo che lo stesso Adler sostiene che gli istinti servono la conservazione della specie e quindi sono l'elemento fondante di tutto il possibile esserci dell'uomo), quel "quid" che è coinvolto primordialmente nella garanzia della sopravvivenza dell'individuo. Fenomenologicamente ed esistenzialmente è radicalmente diversa la situazione di una progettazione suicidaria rispetto ad una morte per suicidio. Nel primo caso si parla di un pensiero, di una costruzione finalistica, progettuale che verrà agita e proiettata nel futuro e che, nascendo nel presente non può che radicarsi in uno stile di vita unitario che radica il proprio personale significato nella costruzione creativamente intesa della propria visione del mondo come atto *in vita* di un vivente; nel secondo caso si tratta dell'atto di *realizzazione* di un gesto suicidario (e qui ovviamente non si prendono in considerazione i gesti dimostrativi per i quali non è nemmeno in discussione una concreta idea di morte, anche se dagli stessi atti può discendere un esito fatale) e cioè, operando un salto logico ed esistenziale di tipo *qualitativo* e non quantitativo, si sono rotti gli argini dell'autoconservazione che si reggono, come già ricordato, su istanze non consapevoli bensì istintuali e "a priori". «La morte non è mai adesso. [...] La mia sovranità, la mia virilità, il mio eroismo di soggetto non possono essere virilità né eroismo in rapporto alla morte» (25, p. 43).

Alcune di queste riflessioni possono trovare una loro ragione d'essere in uno dei primi passaggi di un Adler "precoce". Si accenna qui ad una frase contenuta all'inizio de "Il temperamento nervoso": «ciò che fornisce il punto di partenza allo sviluppo di una nevrosi è il sentimento minaccioso di *malsicurezza* e d'inferiorità, sentimento che fa sorgere il desiderio irresistibile di trovare una meta atta a rendere *sopportabile* la vita [N. d. A., corsivi miei]» (3, p. 14). Credo si possa affermare però che tutto lo psichismo umano, e non solo un assetto nevrotico psicotico o criminale, trae origine *sia dall'originario sentimento di insicurezza che*

*di inferiorità* che vengono suscitati nel primario incontro con il mondo e non da uno solo dei due, ossia da una carenza sentita *sia* nei confronti degli altri *sia* nei confronti della propria permanenza al mondo.

È però proprio sul termine “malsicurezza” (o “insicurezza” a seconda delle traduzioni dell’opera) che si vogliono qui concentrare alcune riflessioni nel confronto con un corpus teorico che nel corso del tempo si è confrontato in modo decisamente più sbilanciato con il secondo termine (ossia “inferiorità”). Se in tal modo, con tutta la sua portata rivoluzionaria, sociale, comparativa, si è determinato uno stravolgimento radicale in tutto ciò che sarebbe seguito nell’ambito delle psicologie del profondo, in questa scelta di campo si è resa troppo implicita la pregnanza esistenziale proprio dell’originario sentimento di malsicurezza.

Se, infatti, il “sentimento d’inferiorità” è uno dei concetti fondanti la Psicologia Individuale (e ampiamente “preso a prestito”, più o meno ufficialmente, da molte altre scuole di psicologia dinamica e del profondo), un eventuale concetto di “sentimento di malsicurezza” non ha trovato un’analoga amplificazione e considerazione nelle riflessioni successive, pur essendo stato citato dallo stesso Adler come fondamento per l’origine dello psichismo finzionale. Viene ripreso, piuttosto, il concetto di «sentimenti di inadeguatezza [...] rispetto alle prove che la vita impone» (6, p. 411), che è tuttavia ancora una percezione di una carenza “rispetto a” e quindi un *confronto* rispetto all’Altro.

Secondo Adler la genesi delle nevrosi, delle psicosi, della criminalità è da ricercare nella mancata adesione alla “verità assoluta” secondo cui l’uomo non può prescindere dall’essere inserito in un contesto relazionale e sociale. Ovviamente l’accento posto da Adler ed evidenziato dagli Ansbacher risponde pienamente alla visione sociale, contestuale, di campo, relazionale, soggettiva che caratterizza tutto l’adlerismo. Se però questa mancata adesione è senza dubbio da ricercarsi in una carenza del sentimento sociale, è possibile che questa posizione, radicalizzandosi come ad esempio accade nel suicidio, trovi una carenza ancora più essenziale espressione proprio di quell’originario sentimento di malsicurezza, di insicurezza? Può essere che ci trovi di fronte ad una frattura all’interno di una “categoria” essenziale dell’uomo *esistenzialmente antecedente* rispetto al sentimento sociale? Non si intende quindi una categoria che si formi *cronologicamente prima* del sentimento sociale, ma che diviene *presupposto necessario* per il mantenimento dello stesso così come della volontà di potenza.

Partendo dal presupposto che l’accadere umano sia un accadere sociale e quindi assumendo in pieno la portata delle riflessioni sopra citate, si cercherà di riportare comunque in questa sede l’attenzione sulla possibile perdita di quel germe “a priori” che *consente* di poter strutturare questa dialettica sociale e relazionale.

## II. *La fine del fine*

La questione posta nei passaggi precedenti può essere riassunta brevemente nella seguente proposizione: se nella nevrosi, nella psicosi, nella criminalità, in tutte le situazioni in definitiva in cui viene accentuata fino alle estreme conseguenze la distanza dal mondo comune, si ha a che fare con l'esaurirsi del sentimento sociale o con un disequilibrio tra questo e la volontà di potenza, è possibile considerare invece la possibilità che il problema posto in modo radicalizzato dal suicida riguardi l'inaridimento e la perdita (nel senso dello smarrimento) di qualcosa di ulteriore?

Nell'impossibilità attuale di definire che cosa sia effettivamente quell'*a priori* tipico dell'uomo che gli consente di gettarsi oltre sé stesso e di concretizzare il pensiero che propone Minkowski per cui la nostra anima è ovunque tranne che in noi stessi [28], si vuole qui assumere come ipotesi di lavoro finzionale e funzionale che questo "quid" sia il "senso sociale". Quest'ultimo è infatti da intendersi come *predisposizione* a percepire l'importanza della vita collettiva, mentre il sentimento sociale va inteso come un successivo sviluppo condizionato dai vincoli, dalle limitazioni, dalle regole imposte dalla società e quindi come risultato di un'*evoluzione* nella crescita dell'individuo. Su una posizione molto vicina a ciò appare anche Furtmüller quando sostiene che si deve supporre «una disposizione fondamentale, filogeneticamente acquisita, per comprendere la rapidità relativa con cui il fanciullo entra in relazione con il suo ambiente e la relativa facilità con cui il bambino normale può essere allevato» (6, p. 153). Lo stesso Adler, come si accennava in precedenza, sostiene in effetti che il sentimento sociale sia una compensazione (quindi un movimento che avviene in un secondo tempo) evidente e inevitabile (una finzione) di tutte le debolezze naturali dell'essere umano.

Riallacciando, come già accennato in un precedente lavoro [24], alcuni fili del discorso di Augé a quello di Pagani, ci si confronta con il fatto che «Il senso sociale (il rapporto) per svilupparsi ha bisogno del senso politico (di un pensiero dell'avvenire). In altre parole il simbolico (il pensiero del rapporto) ha bisogno della finalità» (7, p. 137), e si può dunque confrontare come nella perdita eventuale del senso sociale (in questo passaggio si azzarda un avvicinamento tra il significato attribuito al termine da Adler e da Augé, avvicinamento forzato forse, ma non troppo per certe peculiarità e caratteristiche, ossia essenzialmente la possibilità di sviluppare il rapporto, la relazione, l'essere con...) possa essere messa in scacco anche la costruzione più completa del simbolico e del rimando al futuro, la possibilità di rifarsi ad una temporalità vissuta. Se dunque il senso sociale sparisse, dovrebbe sparire anche la possibilità da parte dell'essere umano di sentirsi tale e dunque tutto ciò che resta è il confronto con una solitudine ontologica. Se non c'è più "Altri", allora non c'è più simbolo, non c'è più distanza dalla morte (il simbolo mette distanza dalla cosa), non c'è più speranza e possibilità di attendersi-oltre in un "allora" che ora non si riesce ad intravedere.

Se tutto ciò non c'è più, ecco il franare del mondo su di sé con tutto il peso che questo comporta, con la deriva in ciò che il peso del mondo, l'urgenza della morte non è sopportabile da alcun essere umano e, ricordando ancora Adler [3], se la vita non è più sopportabile, ecco che non può che sopraggiungere la necessità della morte. Una raffigurazione letteraria di impatto estremo in merito all'insopportabilità della vita, al peso che questa può acquisire, all'esserne schiacciati nella (e dalla) propria assoluta solitudine è fornita da Hrabal nel libro "Una solitudine troppo rumorosa" [16]. Quale strada può rimanere a questo punto se non quella di uccidersi? Non si può parlare dunque del suicidio come della possibile situazione disperante in cui ciascuno di noi si può ritrovare nel momento in cui si perda quel contatto primario, primordiale, esistenzialmente necessario per poter *esser-Ci* che è *l'essere-con-l'Altro-nel-mondo*?

Nello scomparire della possibilità di accedere al simbolico, e in questo della morte come simbolo e non come cosa, scompare infatti anche la possibilità di accedere alla personale costruzione di senso e di significato così come anche la possibilità di accedere alla temporalità ed ecco che dunque la modificazione di questo complesso intreccio (senso sociale, accesso al simbolo, significato personale) difficilmente disbrogliabile, si misura inevitabilmente con la perdita della speranza. Se la speranza crolla e scompare, allora non c'è più casa, non c'è più rifugio contro e nei confronti del mondo, non c'è più una tana sicura ove poter attendere lo svolgersi degli eventi avversi avendo di fronte comunque la possibilità e ci si ritrova assolutamente con la pelle nuda nei frangenti della tempesta o del tornado in arrivo, senza luogo ove ripararsi, ristorarsi, ritrovarsi.

Ci si trova soli in balia della furia degli eventi, senza alcun luogo ove andare, ove attendere, ove riprendere fiato, nel disperato tentativo di conservare energie per affrontare un mondo troppo ostile e in modo troppo duraturo. Non c'è sosta, in un tempo che passa ma che non scorre più, che lascia un turbine immobile di sofferenza in cui tutto ricomincia e finisce nella propria immobilità lacerante e straziante.

Sulla speranza, sulla perdita della speranza, sul franare d'ogni possibile riprogettazione esistenziale ha scritto cose molto toccanti Maria Zambrano, che ritengo opportuno ricordare in questa sede: «La speranza [...] è il fondo ultimo della vita stessa, che nell'essere umano si dirige inesorabilmente verso una finalità, verso un oltre: la vita, rinchiusa nella forma di un individuo, ne trabocca, la trascende. La speranza è la trascendenza stessa della vita» (39, p. 106). Ancora «La situazione senza uscita presenta una varietà infinita di modalità, di gradi; per assoluta che sia, tuttavia, essa può, in quanto umana, diventare relativa. E questo, che qualsiasi situazione senza uscita può essere relativizzata, è quanto si scopre alla luce della speranza. [...] E nel momento culminante, quando la vita stessa con-

fluisce in essa e un'uscita non c'è, la speranza può anche saltare l'ostacolo assoluto» (*Ibid.*, p. 107).

Parlando del termine “speranza” lo s'intende qui non tanto come la speranza in questo o quell'accadere mondano, quanto piuttosto, secondo il pensiero di Minkowski [28] la possibilità stessa di sperare. La perdita della categoria esistenziale dello sperare che fa trascendere se stessi per attendersi più in là, nel futuro in un modo non ancora chiaro ma che diventa presupposto per il fondamento di tutti gli eventuali tentativi che l'essere umano può sperimentare.

Accanto alla perdita della speranza procedono parallele sia la perdita della temporalità che la perdita del desiderio. La possibilità di desiderare è strettamente radicata nel tempo, tempo che ha un fluire e un incedere inarrestabile. Solo riappropriandosi della possibilità di coltivare il desiderio si può tornare alla possibilità di non perdersi nella disperazione, nella non speranza che tutto arresta e paralizza. Essenzialmente desiderare tempo, desiderare stabilità, desiderare permanenza. Desiderare di poter desiderare ancora, poiché fino a quando si può ancora desiderare si ha di fronte a sé ancora futuro, si ha ancora tempo. Desiderare però consapevoli che in ogni momento ciò potrebbe finire, sempre comunque troppo presto. Sul tema della morte, del suicidio e della perdita del desiderio si rimanda alle immagini strazianti, profonde offerte dal romanzo di Mercè Rodoreda “La morte e la primavera” [35].

Sembra delinearsi dunque la possibilità che la perdita, la frattura, la crisi del senso sociale riguardi la crisi di categorie essenziali allo stesso esistere umano e che possa essere tradotta nella perdita della speranza primordiale, nella perdita del simbolico e del significato, nella perdita del progetto e del personale attendersi più in là. In questo senso appare evidente come venendo a mancare tale possibile progettualità, anche le riflessioni sulle spinte che possono aver guidato la mano del suicida fino all'ultimo gesto non possono che essere messe in crisi.

Rispetto ai possibili progetti di autovalorizzazione post-mortem che possono essere eventualmente implicati in una progettualità suicidaria, va infine considerato che sono comunque riflessioni sulla morte (e sul personale significato che questa può assumere) e si ribadisce, come si era accennato in precedenza, che vengono comunque portate avanti *in vita da viventi*, condizione questa che appartiene ancora ad un movimento progettuale, vitale e quindi, paradossalmente, di speranza. Tutto ciò non può assolutamente essere paragonato alla realizzazione di tali istanze e progetti nel momento in cui si varca la soglia del non ritorno, poiché nel momento in cui ciò si realizzasse la stessa progettualità viene persa e perdendosi ogni rimando di speranza, frana ogni possibile contatto con un futuro possibile.

Il teleologismo suicidario appare poter essere quindi un teleologismo fittizio (anche per chi lo osserva dall'esterno) che riguarda un soggetto che *non è ancora* un suicida, ma solamente un *potenziale suicida*, e che è ancora nella progettualità del vivere e dello sperare che lo trascende e che lo porta oltre sé in un futuro che egli stesso immagina di poter in qualche modo tenere dentro e con il quale immagina di potersi ancora confrontare. Un teleologismo che al di là di ciò che racconta, è un teleologismo che tiene in vita fino che lo si racconta o fino a che qualcuno lo può raccontare. «Non sei fregato completamente finché hai una buona storia da parte e qualcuno a cui raccontarla», così iniziava il racconto del film “La leggenda del pianista sull’oceano”.

Non si vogliono qui portare riflessioni metafisiche sulla speranza di un mondo nuovo, di una resurrezione o di una vita dopo la morte. La questione è che fino a che vi è un progetto in atto, foss’anche un progetto di vendetta, di rivalsa, di annullamento e anche di autoinduzione della morte personale, questo è un pensiero progettuale, che si confronta ancora con la possibilità che si realizzi o che non si realizzi qualche cosa, qualsiasi. Che si confronta fundamentalmente con la possibilità. È un pensare la morte (anche la propria) *di chi è ancora in vita*. Se permane anche un solo spiraglio di possibilità si è ancora in una dimensione di potenzialità, in cui l’incidente può accadere e in cui il senso personale può ancora trovare un appiglio per rifondarsi.

Quanti sono i suicidi riusciti in cui appare evidente che sono stati lasciati numerosi segnali per essere trovati in tempo, o d’altro canto quanto spesso si è erroneamente giudicato un suicidio un gesto che invece era concepito “solo” per attirare attenzione e che invece si è scontrato con un errore di valutazione circa gli effetti che tale gesto avrebbe potuto determinare?

Quando però tale spiraglio per una possibilità non vi è più, allora non permane altro che il deserto buio e solitario di una solitudine esistenziale non colmabile con null’altro, solitudine che, allora effettivamente si fa *veramente* “insopportabile” e per la quale, per l’angoscia che trascina con sé, per il livello di sgomento cui sottopone chi si trovi a confrontarsi con essa, non chiede altro che essere spenta. Galimberti parla della perdita dell’intenzionalità [12]. In chiave individualpsicologica si potrebbe parlare della perdita del finalismo (se si può intendere questo con la perdita della possibilità stessa di un finalismo).

Si proporranno qui alcune situazioni con cui sono venuto personalmente in contatto in modo diretto nella mia esperienza professionale e che continuano a riproporre il tema profondamente perturbante dell’ultima ed assoluta libertà umana di fronte alla scelta del vivere e del morire. Si cercheranno di portare situazioni in cui si potrebbe forse parlare della fine del progetto, in cui si potrebbe forse parlare della fine del fine.

### III. Anna

Anna si è uccisa. Questa notizia mi è giunta inaspettata al telefono mentre ero in auto, quando non vi erano motivi che potessero razionalmente *giustificare* un atto del genere *in quel preciso momento*. Anna stava abbastanza bene tanto che, se nei primi due anni del nostro rapporto ogni possibilità anche remota che una seduta potesse saltare generava sgomento e panico, nell'ultimo periodo le rarissime sedute saltate per festività o malattie non gettavano più nel terrore. Questo è quanto accaduto anche in occasione dell'ultimo incontro che avremmo dovuto avere insieme, tanto che lei stessa aveva segnalato come riteneva di potere attendere la settimana successiva non riuscendo lei a essere presente alla data stabilita per una forma influenzale. Non ho invece più rivisto Anna dopo questa comunicazione. Prima di allora aveva provato in passato molte e molte volte ad uccidersi. Ogni volta all'ultimo momento lei stessa ma più spesso il caso avevano evitato la fine *anticipata* della vita di Anna.

La mia conoscenza con Anna, il primo contatto, era iniziata presso il reparto di rianimazione di un ospedale presso il quale avevo lavorato, proprio in seguito ad uno dei tanti mancati suicidi scoperti casualmente a volte da un vicino, altre dal figlio o da un'amica e per i quali si era reso necessario l'intervento urgente dei medici. Il nostro rapporto, dunque, era stato fin dal principio segnato dalla consapevolezza razionale che la sua conclusione avrebbe potuto non essere determinata dalla decisione condivisa od unilaterale da parte mia che il percorso concordato fosse giunto ad una sua effettiva conclusione, bensì che la scelta unilaterale della paziente, di Anna, avrebbe potuto segnare in modo tragico tale momento. Anche durante il nostro complesso rapporto sono stati diversi i tentati suicidi che Anna ha messo in atto. Questo specialmente durante le mie assenze per le ferie nel primo anno del nostro rapporto terapeutico, l'ultimo che Anna aveva deciso di intraprendere dopo numerosi altri tentativi tutti fallimentari rispetto al suo bisogno di "stare bene" e di riuscire ad affrontare la vita che le si poneva innanzi.

Tutti i tentativi suicidari mi venivano comunicati da lei stessa telefonicamente solo dopo alcuni giorni che era già avvenuta l'assunzione di farmaci che facevano parte della sua complessa psicofarmacoterapia (la prima scelta terapeutica compiuta con lei era stata appunto quella di eliminare, nella speranza di limitare le conseguenze di eventuali gesti autolesionistici, i farmaci potenzialmente più pericolosi, che lei stessa utilizzava con lucida determinazione quando l'angoscia e il senso di disperazione prendevano il sopravvento) o dopo essersi ferita utilizzando coltelli o altri oggetti taglienti che aveva in casa. Tentativi che, se a posteriori possono essere stati giudicati nella maggioranza dei casi (anche se non tutti) non congrui alla realizzazione del proprio scopo suicidario, erano in effetti efficacissimi nel tenere vive la mia attenzione e preoccupazione per la sua salute e a

generare un continuo lavoro finalizzato allo scopo di trovare la *giusta strategia* per mantenerla in vita.

Rispetto ai tentativi compiuti nel passato, che sono stati spesso caratterizzati da un'impulsività evidente, il "successo" nel proprio proposito suicidario è certamente corrisposto ad un'indubbia freddezza e alla scelta chiara di non chiamare nessuno. Quando si trovava a vivere momenti di angoscia molto intensi abitualmente chiamava per cercare un supporto e questa era una strategia che ogni volta aveva mitigato a sufficienza lo stato di malessere, almeno fino all'incontro successivo. Nell'ultimo caso aveva scelto invece di defenestrarsi, scegliendo come luogo il settimo piano, il più alto, dell'ospedale ove spesso era stata curata in precedenza e salvata, non lasciando così ovviamente nessuna possibilità di essere salvata per un caso fortuito. Un gesto questa volta assoluto rispetto al possibile recupero offerto da mezzi, come l'abuso di farmaci o le ferite da taglio autoinferte, in cui l'elemento "tempo" avrebbe potuto consentire un eventuale successivo recupero della situazione.

In quel periodo Anna stava vivendo una situazione di tensione palpabile e continuava ad aleggiare nei racconti settimanali che mi porgeva ormai da più di tre anni il ricorrente vissuto di non essere una "madre adeguata", così come il timore, derivante da una crescente consapevolezza in tal senso, che, prima o poi, in un tempo comunque di alcuni anni, sarebbe rimasta *sola* con il crescere e il maturare di suo figlio Nicola. Tutto questo, tuttavia, senza però raggiungere in quel momento, punte di particolare intensità rispetto al solito. La convinzione tragica di non essere una madre adeguata aveva conosciuto una recente recrudescenza dopo che i servizi sociali che da tempo seguivano la complessa situazione della famiglia, nucleo disgregato dopo la separazione dal padre di Nicola col quale il ragazzo era andato a vivere, avevano preso in considerazione il progetto di affidarlo ad una comunità educativa, con la speranza di potergli offrire la possibilità di trovare un proprio maggiore equilibrio e un valido supporto per la propria sofferenza.

Questa era ovviamente condizionata ed alimentata dalla condizione di sofferenza esistenziale in cui versava la madre (basti ricordare che spesso era stato lui a ritrovarla a casa dopo un ennesimo gesto autolesivo e ciò aveva reso necessaria una precisa regolamentazione delle loro visite), ma anche sostenuta da un ritardo nella crescita, sia sotto un profilo emotivo che fisico. Era, per come ho avuto modo di conoscerlo dai racconti di Anna e dai due incontri che ho avuto con lui in ospedale durante alcuni dei ricoveri della madre, un ragazzo molto intelligente rispetto alla sua età anagrafica e con una sensibilità molto spiccata, ma si sentiva ancora un bambino nel confronto con gli altri coetanei. Era un ragazzo maturo che abitava un corpo di bambino, contribuendo questo a creare una situazione complessa tra sé e la madre, una situazione in cui si embricavano vissuti di

responsabilità e di colpa da parte di entrambi per non riuscire a far star bene l'altro, in un rapporto quasi simbiotico ove i confini che dividevano la propria superficie psichica, la propria pelle esistenziale erano spesso troppo porosi. Le emozioni, i vissuti, le angosce, le gioie non riuscivano a trovare uno spazio individuale e per Nicola crescere avrebbe segnato la rottura del legame con la madre che si reggeva sui registri decisamente più infantili di quelli segnati dalla sua età cronologica.

Anna sembrava trovarsi, nonostante tutto, in un periodo globalmente discreto, in cui sembrava poco per volta prendere una forma concreta la possibilità di reggere il peso del presente, del futuro, di una vita progettualmente solitaria e su tali indicazioni tutta l'équipe che seguiva a vario titolo il caso familiare stava muovendosi, tanto che l'ipotesi della comunità era stata accantonata cercando di costituire una "comunità psichica" attorno alla madre e al ragazzo con il supporto di tutte le figure terapeutiche e sociali coinvolte a vario titolo, ma garantendo il rapporto tra i due per come si era strutturato fino a quel momento. Le ricorrenti crisi depressive non erano terminate, ma poco per volta Anna aveva ridotto gli agiti impulsivi, aveva trovato modalità più efficaci per contenere i vissuti di angoscia, di perdita, di vuoto che laceravano da anni il suo psichismo, la sua anima e che la lasciavano in una condizione di prostrazione fisica e psichica in cui spesso i pochi riferimenti che permanevano in una sorta di saldezza erano gli incontri settimanali per la psicoterapia. Il suicidio, dunque, non sembrava più al momento una possibilità così prossima.

Pensando all'impatto emotivo che tale evento ha avuto per me, pur essendo da sempre possibile e sempre incombente, e confrontandomi con altri colleghi che avevano attraversato situazioni analoghe è proprio il vissuto di essere stato proprio malgrado testimone di una fine *anticipata*, di una fine che sarebbe *dovuta* giungere dopo molto tempo, il vissuto che si sarebbe forse potuto agire diversamente, meglio, facendo di più per cercare di offrire uno spazio "altro" ove forse le angosce e le lacerazioni esistenziali avrebbero potuto trovare un luogo di ristoro e così forse la vita un proprio possibile prolungamento. Vi sono stati periodi in cui l'angoscia personale di non sapere se Anna sarebbe ritornata all'incontro seguente era stata viva e insolubile, sempre nell'attesa del momento in cui qualcuno avrebbe potuto dare la notizia della sua morte, ma in quei periodi quella scelta sembrava (finzionalmente e difensivamente) più comprensibile ed accettabile. In questo caso no. In questo caso è stata ancor più, forse, la sensazione, il vissuto di essere stati privati della possibilità di replicare, di significare, di dare voce all'indicibile e al non contenibile che albergava nell'animo di Anna, con cui si era scelto di condividere un tragitto cercando di trovare creativamente possibilità ulteriori e che improvvisamente, "egoisticamente", senza lasciare possibilità di replica, abbandona il campo e lascia tutto il peso del non detto sulle spalle di chi resta a raccogliere i frammenti di un mosaico che non potrà a questo punto

essere mai più ricomposto. Il vissuto, insomma, di chi viene unilateralmente tagliato fuori e lasciato a confrontarsi con motivazioni e sensi che, ormai per il suicida, non hanno più valore, con le finalità e le progettualità che restano sospese e non possono più trovare una loro realizzazione. Chi resta deve occuparsi di mettere ordine quando qualsiasi ordine è stato spezzato.

L'ingaggio con Anna era stato molto rapido. All'inizio, dopo il primo contatto in rianimazione, è seguito un breve ricovero ospedaliero ove i colloqui con lei le avevano permesso di poter fare emergere una parte di quell'indicibile angoscia e vuoto esistenziale che non trovava pace negli spazi angusti della propria anima solitaria e in breve tempo ci si era accordati per iniziare un percorso psicoterapeutico.

I primi ricordi che quasi subito Anna ha portato sono stati molto chiarificatori anche rispetto al vissuto, che solo a posteriori è stato per me decifrabile. Ancora una finzione: effettivamente questa opera di traduzione dei significati rispetto ad una vicenda esistenziale che nel profondo non può essere realmente condivisa e pienamente comunicata ad altri è forse un'opera di tradimento del senso originario, ma non è stato possibile non cercare di dare almeno una forma possibile ad un restare come testimoni.

1. Primo ricordo: *«Avevo sei mesi, mi ricordo la sensazione di sprofondare nella culla e mia madre che allungava le braccia per prendermi ma non riusciva ad afferrarmi mentre io cadevo sempre più giù... una sensazione intollerabile di vuoto, di angoscia».*

Dopo questo ne seguono altri:

2. *«Avevo fatto la pipì a letto, avevo 4 anni circa e mio fratello G. è venuto da me e mi ha detto “Hai fatto la pipì addosso e adesso ti metti le mutandine in testa e ti fai vedere dalla mamma”. Io sono scesa e un po' mi è piaciuto perché facevo divertire la mamma».*

3. *«Eravamo tutti insieme, avevo 3-4 anni e mio fratello G. mi ha ripreso perché mettevo le dita nel naso e mi ha detto “Anna” e io mi sono girata verso il mobile per prenderlo in giro e ho fatto finta e lì mi ha di nuovo chiamato. Io l'ho preso in giro».*

4. *«G. prendeva me su una gamba, avevo 3-4 anni, e sull'altra la mia compagna di cortile e ci faceva fare alla cavallina».*

5. *«G. faceva giocare alla palla, usando me come palla, tutti i suoi amici. Mi prendevano e mi lanciavano in aria tra loro».*

Il primo ricordo, seppure chiaramente artificioso, finzionale data l'età a cui viene riferito, appare emblematico della situazione che Anna ha continuato a vivere cronicamente. La sensazione di essere nel vuoto, nell'angoscia incolmabile, di non avere trovato da subito nessun appiglio valido a fornire una sicurezza nei confronti della vita che lascia senza scampo e senza supporto, senza un'ancora di salvezza cui potersi appigliare in un continuo baratro sempre aperto. Non c'è nessuno che possa essere in grado di prenderla e salvarla. Da ciò però seguivano tutti gli altri ricordi.

Forse proprio questa sfida lanciata continuamente da Anna, (la possibilità di essere salvata, la possibilità di farsi salvare, il bisogno di qualcuno che la vedesse, che la tenesse con sé permettendole di non essere sola nei momenti di maggiore angoscia), ha avuto un effetto malignamente magnetico che inconsapevolmente, pur nella chiarezza razionale della fine sempre possibile, sempre imminente, è "come se" facesse trasparire una possibilità diversa da quella sempre saputa da Anna stessa. Nel corso del processo terapeutico la tematica della morte è emersa più volte, una morte che veniva rappresentata da Anna sia come un lento spegnersi in una vita che sarebbe stata più che altro una sopravvivenza, sia come una morte autoindotta che avrebbe determinato la fine della sofferenza da cui si sentiva oppressa.

Gli altri ricordi parlano anche del rapporto stretto che Anna ha avuto con il fratello maggiore G., trovato morto per cause ignote in un fiume quando lei aveva solo quattro anni, gettando la madre in una condizione depressiva cronica dalla quale non sembra mai essersi ripresa e la famiglia in una condizione di tristezza insanabile ("G. era quello che ci faceva stare sempre allegri" diceva spesso Anna) e di ulteriore povertà e precarietà economica. Anna si è dovuta confrontare fin dall'inizio con una situazione difficile. Ultima di quattro figli ed esplicitamente non desiderata né dal padre, contadino assente per lavoro e per la frequentazione nei pochi momenti liberi di circoli, di bar, di amici, né dalla madre, che doveva occuparsi di tutto in casa, dei figli, di fare quadrare i pochi soldi, di tenere le fila della famiglia e per cui un altro figlio era principalmente un problema in più di cui occuparsi e non trovando mai tempo per Anna (il primo ricordo è emblematico).

L'unica luce, l'unico rapporto buono per lei era quello con il fratello maggiore, G. appunto, rapporto durato forse troppo poco per colmare quell'originario "bisogno di affetto" che Adler fa corrispondere ad una forte pulsione di vita [6]. L'altro fratello non è quasi mai comparso nei nostri racconti, mentre nei confronti della sorella maggiore di lei di quattro anni, Anna ha sempre provato una forte invidia, vedendo in lei il paragone insostenibile di una donna realizzata, "a posto", sufficientemente stabile. Significativo è il gioco della palla (ricordo numero 5). G. e i suoi amici erano soliti prenderla e tirarla dall'uno all'altro acchiappandola al

volò. Solo lì emerge la sensazione di leggerezza e di sicurezza allo stesso tempo, la sensazione di essere in volo, ma al sicuro, di poter volare, ma essere ripresa.

Dopo la morte di G. per Anna non sembrano esserci stati altri momenti di serenità e, come il piccolo Barrie (l'autore di Peter Pan, con la cui vicenda Anna si era in più circostanze identificata) si è caricata del compito impossibile di fare guarire la madre dal dolore insanabile della perdita di un figlio. Lo stesso compito impossibile di "farla guarire" che ha sempre aleggiato per me nel nostro rapporto. Il compito impossibile di instillare nuovamente una pulsione vitale in una persona che proprio quella pulsione aveva visto spegnersi troppo presto e in modo troppo violento e che aveva cercato successivamente, ma senza risultati, uscendo di casa appena possibile per sposarsi, per avere accanto qualcuno che la vedesse, la amasse, la considerasse. Un matrimonio fallito a cui sono seguite altre relazioni sempre improntate sullo stesso bisogno. Il bisogno di essere vista è mirabilmente riassunto in una foto che mi ha portato ad un certo punto del percorso terapeutico che la ritrae all'età di tre anni in piedi su un tavolo con un vestito bianco, teoricamente al centro dell'attenzione; nella foto purtroppo sia la madre che la sorella non la guardano, ma dirigono il loro sguardo altrove. Questo cliché si ripete fino all'incontro con il padre di Nicola che viene "raggirato" con l'espresso fine, ovviamente non comunicato a lui, di avere un figlio, un bambino di cui occuparsi e che si occupasse di lei per poterla fare stare meglio, per poterla fare guarire. Inutile dire che nemmeno questo tentativo ha prodotto quell'impossibile guarigione sempre ricercata anche nel nostro rapporto.

#### IV. *Alessandro*

Ho conosciuto Alessandro alcuni anni fa e il nostro rapporto è durato solo alcune settimane. Appena compiuti 19 anni, era stato inviato dalla neuropsichiatria locale per una "psicoterapia" dopo che si era gettato da un ponte da cui in precedenza alcune decine di persone si erano già suicidate e riportando dopo un volo di una trentina di metri, attutito alla fine dai rami degli alberi sottostanti, "solamente" la frattura di un braccio e diverse contusioni. La neuropsichiatra che lo aveva seguito quando era ancora minorenne e che aveva continuato a seguirlo anche raggiunta la maggiore età, la madre, il medico di base erano tutti concordi sul fatto che Alessandro "dovesse fare" una psicoterapia e con questo mandato lui era giunto alla mia attenzione.

Appare subito, già dal primo incontro, desideroso di non parlare di quanto successo, se non per brevi accenni. Mi racconta invece del fatto che sta bene, che ha ripreso a lavorare presso l'impresa edile presso cui era stato assunto, che il suo sogno per il proprio futuro è quello di guidare ruspe o altri macchinari pesanti, che è un appassionato di motocross e modellismo.

Fatica a riportare i primi ricordi, se non come rapporti abbastanza vaghi, ma emerge comunque come la cultura dove è cresciuto, in modo particolare incarnata dalla figura del padre, sia quella del lavoro duro, pesante, in cui non c'è spazio per sentimenti, per "fragilità", per incertezze. Racconta di quanto invece lui sia rimasto ferito dalla fine della sua prima relazione importante con una ragazza e di quanto quest'evento lo abbia gettato nello sconforto, nella prostrazione psichica, nella certezza di non valere nulla. In preda a tali sentimenti Alessandro è rimasto confuso, senza i riferimenti cui era abituato. In una delle notti delle settimane seguenti la fine della relazione con la ragazza, ha preso il proprio motorino e, in preda ad una agitazione senza nome e senza scopo, ha percorso a tutta velocità i trenta chilometri che separano il suo paese dalla città nella speranza di trovarvi, era un sabato sera, alcuni amici con cui potesse parlare.

Raggiunto uno dei locali dove erano soliti ritrovarsi nei fine settimana, scopre però di essere completamente solo. Ci sono i suoi amici, ma con nessuno di questi gli sembra essere possibile parlare di come si sente, di quello che prova: sono tutti impegnati a stare nella confusione, nel caos, nel perdersi dell'alcool e della musica. Ci sono tutti, ma è solo. Si dirige in un altro locale dove incontra alcuni altri amici in uno stato di inquietudine crescente, ma quando riprova a parlare di quello che prova non trova alcuna possibilità di ascolto, di scambio e viene trattato con ironia e sarcasmo. In questa condizione emotiva Alessandro si sente solo e diverso, portatore di un dolore che non può raccontare a nessuno: non a casa, dove non c'è dialogo né con il padre né con la madre e dove non si parla di sentimenti e d'emozioni; non con i suoi amici che non lo capiscono e lo fanno sentire un diverso.

L'angoscia sale, l'inquietudine non riesce ad essere controllata e allora Alessandro riprende il proprio motorino e ripercorre la strada dalla città al paese al contrario, ma giunto al ponte posto all'inizio della valle dove abita si ferma, lascia il motorino e, in preda ad una confusione ed un dolore sempre crescente, scavalca il parapetto e si lancia nel vuoto. Questo è il racconto scarno, privo quasi di tonalità emotiva che Alessandro dopo alcuni incontri riesce a produrre, per la prima volta, a qualcuno che lo possa ascoltare.

Mentre i nostri primi incontri procedono, la domanda che spesso Alessandro pone è: «Sono normale?» Affrontiamo insieme la paura di essere anormale, di essere un diverso, paura che nasce anche dal fatto di essere stato "obbligato" ad andare da uno psichiatra per sostenere dei colloqui. Ci poniamo come primo obiettivo quello di poter liberamente parlare anche di quell'invio e di poterci chiedere se lui ritiene di avere bisogno di fare un percorso psicoterapeutico come *tutti* gli dicono che *deve* fare. Questa possibilità lo fa sentire accettato e riconosciuto, alla pari. Affrontiamo il tema spinoso del mancato suicidio e delle motivazioni che lo hanno portato a tale gesto e quello che Alessandro porta durante gli ultimi due

incontri è che sia stata proprio la percezione di essere solo al mondo, considerata un diverso, la certezza di non avere uno spazio di accoglienza e riconoscimento rispetto agli amici, ai genitori, il vissuto di non sentirsi ascoltato e che in questa condizione di assoluta solitudine non ci fosse alcuna possibilità per il proprio futuro.

Concordiamo che il significato dei nostri incontri sia proprio quello di potergli fornire uno spazio proprio e che non vi è nessun vincolo e nessun obbligo a presentarsi da parte sua né a considerare come definitiva la scelta, espressa da tutti gli altri, affinché lui debba intraprendere un percorso terapeutico. Questo lo tranquillizza molto e si permette di dire, dopo aver discusso apertamente sul significato che può avere l'intraprendere per lui una psicoterapia, come non senta tale bisogno, bensì avverta "solamente" la necessità di riprendere a pieno ritmo il lavoro, i divertimenti, la moto, la sua vita. La necessità in definitiva di sentirsi normale. Affrontiamo l'isolamento in cui si è sentito, la non possibilità di avere accesso ad un'esperienza normale quale quella del riconoscimento e dell'accogliamento. Gli porgo la possibilità di incontrarci se lui ne sentisse il bisogno, ma solo se tale esigenza provenisse da lui e non dagli altri. Concordiamo che deve essere lui a riflettere su ciò che desidera e ci lasciamo con l'intesa che ha la possibilità di richiamarmi se avesse deciso di poter cominciare un percorso psicoterapeutico.

Alessandro non mi ha mai richiamato, ma alcuni mesi dopo mi viene consegnato un pacchetto in una delle comunità dove lavoro. Dentro c'è una penna con il mio nome inciso sopra. Il biglietto, da parte di Alessandro, dice solamente "Grazie". Alcuni mesi dopo, le notizie avute dal suo medico di base sono che Alessandro sta bene, lavora, ha ripreso ad uscire con gli amici.

#### *V. Chiara*

Ho incontrato Chiara solo una volta. Era stata inviata per un consulto farmacologico da un collega psicoterapeuta per uno stato depressivo che perdurava ormai da alcuni mesi, dopo che la figlia si era suicidata. Chiara era stata, anche recentemente, da vari altri colleghi psichiatri i quali, visto lo stato clinico attuale le avevano tutti proposto un ricovero ospedaliero, per il timore che venissero da lei messi in atto degli atti anticonservativi. Chiara aveva sempre rifiutato tale possibilità, ma dal momento che accettava le cure prescritte non vi erano gli estremi di legge per un ricovero coatto. Di fronte tuttavia al rifiuto da parte sua di accedere al ricovero, gli specialisti precedentemente consultati avevano rifiutato a loro volta di continuare a seguirla farmacologicamente, mentre continuava il rapporto col collega psicoterapeuta. La possibilità di essere ricoverata la spaventava, la turbava, la faceva sentire in pericolo.

L'incontro con Chiara e col il marito di lei è stato contrassegnato da subito dal presentare la propria angoscia, dalla tensione esplicitata verso la morte, verso il proprio suicidio, verso il ricongiungimento con la figlia perduta, dal desiderio di accelerare tale ricongiungimento e allo stesso tempo dalla paura di poter desiderare proprio questo. La stessa angoscia la portava quindi a chiedere contemporaneamente di poter essere aiutata a uscire da tale situazione rifiutando però la proposta complessiva che ciascuno psichiatra le aveva proposto ritenendola, ragionevolmente, quella più giusta. La consapevolezza che un ricovero ospedaliero avrebbe permesso di gestire senza pericoli aggiuntivi la situazione (non avrebbe eliminato i rischi, li avrebbe certamente ridotti, ma soprattutto avrebbe eliminato il rischio personale di occuparsi della situazione di Chiara spostandolo altrove), ma allo stesso tempo la "paralisi legale" che impediva di agire in modo altro rispetto ad un accordo terapeutico minimale poneva di fronte ad una scelta: occuparsi di Chiara sapendo di non potersene occupare nel modo ritenuto migliore, oppure non occuparsene.

La scelta alla fine è stata quella di tentare di costruire con Chiara e con il marito un accordo terapeutico nel quale vi fosse la consapevolezza dell'elevato rischio in cui lei si trovava, della necessità di continuare la terapia farmacologica assunta rivedendola poiché troppo blanda, dell'indispensabilità che fino ad un nuovo accordo non fosse lasciata da sola nemmeno per poco tempo, ma anche ribadendo tuttavia che la soluzione migliore sarebbe comunque stata il ricovero. Sia lei che il marito hanno nuovamente rifiutato il ricovero, accettando però lei la possibilità di continuare ad essere seguita anche attraverso un supporto farmacologico. L'accordo preso è che ci saremmo rivisti dopo pochi giorni. Non ho più rivisto Chiara.

Si è suicidata, utilizzando la stessa modalità scelta in passato dalla figlia, riuscendo ad ottenere quel ricongiungimento da un lato sperato, da un lato temuto, che ormai era diventato paradossalmente l'unica fonte di attenzione vitale per Chiara.

## *VI. La terapia come atto d'Amore*

Le storie cliniche narrate non rappresentano ovviamente solo delle esemplificazioni accademiche, ma riguardano l'esperienza vissuta, personale che mi ha coinvolto direttamente. Nel corso della mia esperienza professionale ci sono state molte altre persone che sono giunte in seguito a tentati o mancati suicidi e per le quali la tematica della morte volontaria è spesso entrata nel setting terapeutico. Anna e Chiara sono state le uniche due persone incontrate nel corso della mia esperienza terapeutica privata che abbiano messo in atto con successo un proposito suicidario. Non mi è possibile, purtroppo, immaginare che saranno le uniche, e questo pensiero è sempre presente, costantemente attraversato da un lato dall'illusione che potrebbe anche essere così e, dall'altro, dalla consapevolezza che

ogni persona che varca la prima volta la porta dello studio potrebbe portare con sé il germe di un'angoscia così profonda da essere intollerabile. Anche se comunque restassero le uniche, come ricorda Minkowski, «la traccia è [...] *durevole* rispetto a ciò che la produce» (29, p. 198) e questo rende comunque irreversibile l'incontro con entrambe.

La domanda che sempre alberga nella mente è *se* ci si debba occupare o meno di situazioni analoghe, e soprattutto *perché* occuparsene o meno. Questa domanda pone inevitabilmente a mio avviso la questione più profonda circa il significato di un percorso terapeutico o analitico. L'incontro analitico è un incontro tra due persone, un «evento ontologico di natura *duale* che incide in profondità nel vissuto esistenziale sia del terapeuta che del paziente» (32, p. 29) in cui gli elementi trasformativi non seguono una logica meramente intellettuale ed esplicativa, bensì corrono anche e soprattutto su binari emotivi (e direi anche affettivi) che consentono una condivisione ed una compartecipazione umana prima che professionale, o perlomeno sullo stesso piano. Un rapporto in cui entrambi i partecipanti agiscono il proprio potere curativo verso l'Altro [15] come possibilità sostanziale di coinvolgerlo nella propria sfera esistenziale, anche se solo uno dei due è «istituzionalizzato» a tal fine.

In questa complessa relazione l'elemento del *rispetto* appare fondativo di ogni possibilità di scambio, rispetto che non può che transitare nel *riconoscimento-di* e in un *sentire-con* l'Altro. Queste componenti, espressione di una radicale tensione empatica, possono essere considerate frutto di una «amicizia immutabile» [32] da parte del terapeuta, atteggiamento che radicalizzerei ancor più identificandolo in un *Amore-per* l'Altro che solo può farli divenire reale presupposto per una qualsiasi futura condivisione. Il termine «Amore» per come è utilizzato in questa sede va ovviamente chiarito per evitare facili fraintendimenti. La questione dell'Amore, come quella della morte, è radicale e fondamentale e richiama i primi impatti con il mondo e con l'Altro.

Richiama il significato di quell'amore primario che trae origine nel rapporto iniziale tra i familiari più stretti (madre e padre) e il bambino e che non può che essere punto di partenza per la costruzione di un personale stile di vita in cui gli elementi d'apertura al mondo, fiducia, possibilità d'autodeterminarsi in un buon equilibrio tra sentimento sociale e volontà di potenza cominciano a fondarsi su un primario e necessario *senso sociale*. Una carenza di tale presupposto mina alla base la solidità e la permanenza dell'originaria apertura al mondo che fonda lo stesso senso sociale, radice di ogni possibile futuro riconoscimento, rispetto, amore, dialogo, equilibrio.

Ogni rapporto duale può divenire quindi occasione per la manifestazione, nell'ottica unitaria della persona e del personale stile di vita, di tali fundamenta

fragili e porose. A maggior ragione il rapporto terapeutico per strutturarsi non potrà che riaffacciarsi su un baratro come questo che necessariamente ripropone tematiche destabilizzanti dell'ordine precostituito, ma che contemporaneamente fornisce la possibilità di sperimentare una forma nuova d'Amore più equilibrato. Un Amore che non passi attraverso aspettative, che non sia fusionalità, che non sia un fermare e prendere, che non sia un dover fornire risposte giuste per essere visto, amato, accettato, considerato, rispettato. Un Amore che transiti dal terapeuta al paziente e viceversa, che faccia sentire al "paziente" la possibilità insita dentro lui stesso di poter essere anch'egli soggetto d'amore e non solo oggetto di amore, oggetto spesso ab-usato da coloro che hanno agito, cercato, indirizzato ciò che si riteneva essere l'amore verso di lui, ma probabilmente dando voce solamente a tentativi di possesso, di conformazione, di rispecchiamento, di spostamento degli equilibri. Fondamentalmente non lasciandolo essere ciò che è.

Se per il paziente è ovviamente più difficile rapportarsi a tali tematiche, (tendendo spesso ad agirle), dovrebbe quindi essere il terapeuta a porsi innanzitutto la questione circa quanto sia possibile lasciarsi coinvolgere senza farsi stravolgere. Come è possibile lasciarsi implicare ed entrare nel mondo dell'Altro restando tuttavia rispettosi della soglia dell'Altro? È qui in gioco la possibilità di ascoltare sia lo stupore che l'incontro duale e dialogico con l'Altro sempre richiama, che la necessità di garantire un rapporto etico e responsabile, nella assoluta certezza che qualsiasi rapporto di questo tipo non lascia indenni nessuno dei due partecipanti. Si viene lasciati indenni, senza mutamenti, solo nella dimensione in cui non ci si lascia toccare dall'altro, nella dimensione di una pregiudiziale ricerca della propria salvezza e stabilità che può essere difesa solo nella costruzione di un muro dal quale si vede *a distanza* l'Altro, certi che le dinamiche che porta non riguardino assolutamente la personale vicenda umana. Se l'Altro lascia una traccia, come ricorda Minkowski, la sua presenza non potrà mai essere cancellata.

Forse tutto questo passa per la certezza che qualsiasi mossa si compia, anche non facendo nulla e "semplicemente" lasciando all'altro la possibilità di farsi accogliere, si è sempre a rischio. Diventa primario lasciare scorrere il fluire seducente dell'incontro con l'Altro prestando la massima attenzione al non confondimento con il possesso, dirigendosi verso l'Altro, ma restando paradossalmente ben fermi nella propria posizione. La rassicurazione di sé non proviene dalla rinuncia ad incontrare, a toccare l'intimità dell'altro, ma dalla stabilità che permette di ancorarsi alla propria posizione perché non si è travolti dalla necessità che l'Altro fornisca un proprio senso umano oltre che professionale. L'Altro deve essere al centro dell'attenzione senza essere il centro dell'equilibrio, unica condizione per cui gli si può lasciare piena dignità di essere Altro senza doversi conformare alle aspettative, alle attese, ai desideri che un incontro, comunque seducente, richiama e problematizza.

In questo lasciar essere l'Altro ciò che è, la tematica del lasciare si insinua a forza nel rapporto terapeutico e analitico strutturando un altro pilastro del concetto di *Amore-per-l'Altro*. Si apre qui un baratro sul lasciare l'altro al termine della seduta; sul lasciare che l'altro sia Altro dentro, ma soprattutto *fuori* dalla seduta con le proprie irrazionalità e incongruenze sia personali che rispetto alla coppia terapeutica che sta costruendo un percorso apparentemente e funzionalmente coerente; sul lasciare che l'altro possa vivere al di là della seduta, che possa vivere tra una seduta e l'altra; sul lasciare che l'altro possa morire tra una seduta e l'altra. Si sfiorano inevitabilmente temi come il lasciare senza chiedere nulla in cambio (non senza accogliere nulla in cambio), come l'essere ora nella costruzione condivisa di un senso *vitale* che potrebbe tuttavia scontrarsi con il significato personale che tende verso la morte sempre possibile per l'altro, il divenire responsabile per l'altro ogni volta che comincia un percorso terapeutico e contemporaneamente il non poter che agire tale responsabilità lasciando all'altro la propria assoluta libertà. Ogni volta che si apre un dialogo si apre un mondo di cui si diviene responsabili, custodi, ma non padroni. Quando e se tale tentazione, innegabilmente sempre in agguato, prendesse il sopravvento, lo spazio vitale recuperato insieme all'Altro per l'altro può diventare spazio soffocante e mortifero.

## VII. *Se il terapeuta si lascia suicidare*

Ogni rapporto umano è destinato prima o poi a terminare, o perché uno dei due abbandona il rapporto o perché uno dei due muore. A questa regola non c'è soluzione o possibilità di fuga. Ogni rapporto già nel suo inizio porta con sé in potenza l'evento della morte e ogni rapporto in cui viene veicolata una qualche forma di affettività (in qualsiasi rapporto psico-terapeutico non può non essere messa in atto una comunicazione affettiva, una situazione com-partecipante nella quale cercare di rendere possibile una nuova esperienza emotiva incoraggiante e di compartecipazione favorita da un luogo-contenitore dove avviene contemporaneamente una significazione ed una cronologizzazione dei vissuti) porta anche con sé l'inevitabile evento della scomparsa di uno dei due partecipanti. Nel porre in essere una qualche forma di amore, amicizia, rapporto duale creativo, viene già sancito automaticamente il germe della propria fine.

La specificità di ogni situazione relazionale, però dovrebbe essere quella per cui ciascuno dei partecipanti vive il rischio in modo paritario e paritetico, mentre il suicidio esprime in modo del tutto particolare questa legge universale e assolutamente non evitabile. Il suicidio nell'ambito di un percorso terapeutico o analitico rompe un patto senza lasciare al terapeuta voce per replicare, non viene lasciato lo spazio per un'ulteriore discussione e risignificazione nel *qui e ora*, nel luogo contenitore in cui tutto viene a prendere una forma diversa da ciò che è nel proprio mondo isolato. Si verifica in modo drammatico la situazione per cui non si

può non lasciare andare l'altro quando proprio questo è tutto ciò che l'altro desidera, rincorre, agogna.

Rispetto a ciò si vuole ricordare qui la tematica dell'“Addio” che propone Derrida [11]. Il tema dell'*Addio*, al di là di ogni valenza metafisica o di fede richiama evidentemente il lasciare andare e l'*affidare-a*. Addio è quel lasciare che l'altro vada *a-Dio* (ripetiamo in nessun modo si intende qui parlare di una qualsivoglia valenza religiosa), ossia che l'altro ci lasci per andare “altrove”, che non sia più *qui-con-noi*: è questa la dimensione assoluta di questo addio. È questo assolutamente *non-più-qui-con-noi* che spezza indissolubilmente l'assolutezza del proprio rapporto con l'Altro. L'esperienza del suicidio ha chiaramente a che fare con l'esperienza del perdere l'altro e con esso tutto ciò che in quel rapporto duale si è venuto a creare *per sé*. Ogni addio, ogni abbandono è inevitabilmente uno strappo, una lacerazione, una ferita che non può non richiedere un tempo per cicatrizzarsi sapendo che resterà sempre un punto di maggiore *dolorabilità* e di maggiore fragilità (una traccia). È comprensibile il tentativo di evitare la sofferenza che può derivare da tale strappo, da tale rischio, che non può non avere a che fare con il rischio di perder sé, ma nel momento in cui tale tensione diventa primaria rispetto a tutto il resto ci si può ritrovare nella situazione in cui il suicida diviene pericoloso quindi anche per il terapeuta che rischia di vedersi invischiato in una dinamica di “suicidio” del proprio ruolo.

Questo può accadere a mio avviso in due modi principali: il terapeuta che non vuole più occuparsi di situazioni in cui si affacci sulla scena dell'incontro con l'altro lo spettro del suicidio (o di ciò che lo spaventa di più), oppure d'altro canto il terapeuta che all'opposto insiste per occuparsene forzatamente, quasi compulsivamente nel tentativo di sanare una ferita che ogni volta torna a sanguinare e a non potersi cicatrizzare.

Nell'uno e nell'altro caso si assiste ad una distorsione della funzione e del ruolo del terapeuta in modo che, anche se questi casi sembrano apparentemente molto diversi tra loro, in realtà rispondono ad un medesimo bisogno e ad una medesima alterazione della possibilità di vivere un incontro terapeutico. In modo particolare nel caso del suicidio ci si trova nell'impossibilità a lasciare andare e quindi ad accogliere. L'*Addio* a cui si accennava precedentemente diviene impossibile e non c'è altra possibilità se non un *Ad-Io* cristallizzato in cui tutto deve essere riportato e misurato a sé e alla propria esperienza. Il paziente da centro dell'attenzione rispetto all'incontro con il suo gesto autodistruttivo è divenuto centro dell'equilibrio di una relazione che, non riuscendo ad essere sciolta (libera dai vincoli che legano e quindi fluida e scorrevole) permane in tutta la sua forza anche nell'assenza di uno dei due partecipanti, il cui potere di attrazione diviene accentratore delle energie psichiche ed emotive anche del terapeuta sopravvissuto alla morte del *proprio* paziente. In questo sentire *proprio* si rivela tutta l'im-

passee e la distorsione del rapporto che può essere appalesata in modo chiaro nell'evento suicidario.

La questione è che nessun paziente è proprio, nessuna persona che giunge a chiedere aiuto risponde ad una proprietà o può entrare in una logica di possesso. Un paziente ha sempre il diritto di cercare di vivere, di decidere ogni volta di tornare per l'incontro che si è accordato con lui, così come ha anche il diritto di non tornare, anche se facilmente può venire immediatamente ripreso nella propria rete di significazione intessuta attraverso la spiegazione con l'attribuzione di questo comportamento ad una *resistenza* al trattamento, ha il diritto di morire e di decidere di morire. E in tutto ciò non ci si può fare nulla.

Nelle due esperienze personali citate, lo spettro della possibilità ulteriore, di ciò che si sarebbe potuto fare di più e di meglio è ovviamente comparsa e ha segnato profondamente la leggerezza degli incontri con gli altri pazienti, ma in questione non è qui quanto *bravi* si sia stati nell'evitare un evento quale quello suicidario, (perché ripetiamo la scelta suicidaria nel momento in cui si realizza non appare più una scelta progettuale e relazionale, quanto un atto solitario dettato dall'impossibilità a progettare e dalla rinuncia alla vita), bensì quello di avere fornito la possibilità di fare esperienza di un luogo accogliente ove poter portare la possibilità che ad un certo punto si possa anche decidere di porre fine alla propria vita, un luogo dove si possa sentire la legittimità di esistere per come si è, anche nell'assoluta non consonanza e corrispondenza di senso e di significato ed essere comunque accolti. Nulla può garantire che nell'esercizio della propria libertà l'altro non decida di lasciare, di lasciarci, di morire, ma nella misura in cui la paura, il terrore che ciò possa accadere blocca e condiziona la libertà della scelta di poter condividere con un paziente un tragitto esistenziale, probabilmente si è di fronte ad un arresto della possibilità, ad un arresto del tempo, ad un arresto del proprio libero *esser-Ci*.

Un arresto della possibilità che non può che congelare la possibilità della (*ri*)nascita dello smarrito senso sociale e far franare nel baratro assoluto dell'insicurezza esistenziale. Se tutto ciò accade, è *come se* il suicidio, reale o temuto, di chi abbiamo di fronte abbia portato al suicidio professionale per chi sta al di qua, per il terapeuta, che nel non riuscire più a lasciare andare s'impedisce la possibilità essenziale per incontrare l'Altro, di esserci pienamente nel *qui-e-ora*. Nessuno potrà mai rassicurare sulla stabilità di una relazione, o che tale relazione non determinerà un'alterazione, una modificazione del proprio essere, che tale relazione continuerà fino a quando noi pensiamo che sarà giusto, ma solo nella libertà di poter affrontare tali dubbi, tali paradossi, si può concretamente non perdersi. La minacciosità del suicida è quella di qualcuno che, nel proprio *perder-sé*, in un'ipotetica "sfida" terapeutica tra colui che cerca di far valere le proprie "armi" terapeutiche e colui che sempre e comunque resiste al trattamento e al

potere del terapeuta, fa perdere e perde (non mi trova più *nel-sul* suo percorso in modo tale da vedere una luce, seppure flebile, di speranza che da sola può radicalmente ribaltare una prospettiva esistenziale) anche il terapeuta e può essere mitigata solo nella consapevolezza che come terapeuti *ci si sta già perdendo* nel momento in cui si incontra il paziente.

Nella consapevolezza che ogni tentativo di mantenere il controllo assoluto della situazione irrigidisce sempre più il rapporto nel rifiuto dell'incidente possibile che l'altro sempre reca con sé. Ogni rapporto terapeutico è innanzitutto un processo sempre in fieri di reciproca *contaminazione*, in cui è necessario portare con sé la consapevolezza che i limiti, i confini, le regole che si cerca di porre per garantire una sicurezza per il processo terapeutico, debbono rimanere dei mezzi e non possono assolutamente diventare il fine del processo terapeutico. Quando non vi è la consapevolezza e l'accettazione che proprio tutti tali confini e limiti sono solo relativi, che sono accenni, che sono imperfetti tentativi di tenere a bada proprio ciò da cui dovrebbero tenere separati e difesi, come il contatto con il misterioso, con il disordine, con il caos, con la mancanza di senso, con l'obliquità delle parti oscure e umbratili dell'essere uomini, si è già sancito, al di là del destino del paziente, il "suicidio del terapeuta".

## Bibliografia

1. A.A.V.V. (2000), *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision*, tr. it. *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Text Revision, Masson, Milano 2001.
2. A.A.V.V. (1999), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
3. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
4. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. AUGÉ, M. (2003), *Le temps en ruines*, tr. it. *Rovine e macerie*, Bollati Boringhieri, Torino 2004.
8. BORGNA, E. (2005), *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano.
9. CORTELLAZZO, M., ZOLLI, M. A. (a cura di, 1999), *Dizionario Etimologico della Lingua Italiana*, Zanichelli.

10. DERRIDA, J. (1996), *Apories. Mourir, S'attendre aux "limites de la vérité"*, tr. it. *Aporie. Morire, Attendersi ai "limiti della verità"*, Bompiani, Milano 1999.
11. DERRIDA, J. (2003), *Chaque fois unique, la fin du monde*, tr. it. *Ogni volta unica, la fine del mondo*, Jaca Book, Milano 2005.
12. GALIMBERTI, U. (1979), *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano.
13. HEIDEGGER, M. (1924), *Der Begriff der Zeit*, tr. it. *Il concetto di Tempo*, Adelphi, Milano 1998.
14. HEIDEGGER, M. (1927), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 1976.
15. HOFFMAN, I. Z. (1998), *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process*, tr. it. *Rituale e spontaneità in psicoanalisi*, Astrolabio, Roma 2000.
16. HRABAL, B. (1965), *Inzerát na dům, ve kterém už nechci bydlet*, tr. it. *Una solitudine troppo rumorosa*, Einaudi, Torino 2002.
17. JANKÉLÉVITCH, V. (1994), *Penser la mort?*, tr. it. *Pensare la morte*, Cortina, Milano 1995.
18. JONAS, H. (1985), *Techniken des Todesaufschubs und das Recht zu sterben*, tr. it. *Il diritto di morire*, Il Melangolo, Genova 1991.
19. JONAS, H. (1985), *Tchnik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, tr. it. *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità*, Einaudi, Torino 1997.
20. LALLI, N. (1991), *Manuale di psichiatria e psicoterapia*, Liguori Editore, Napoli.
21. LECCARDI, G. (2001), Il racconto come luogo d'incontro con l'altro, *Riv. Psicol. Indiv.*, 50: 85-94.
22. LECCARDI, G. (2002), *Morte come fine, morte come confine in psicopatologia*, tesi di specializzazione, Università degli Studi di Milano, Scuola di specializzazione in Psichiatria, anno accademico 2001-2002.
23. LECCARDI, G. (2003), Linee guida nel trattamento del disagio psichico: una finzione difensiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 31-48.
24. LECCARDI, G. (2005), L'arte della fuga: eccessi di leggerezza in anoressia e mania, *Riv. Psicol. Indiv.*, 57: 31-50.
25. LÉVINAS, E. (1948), *Le Temps et l'Autre*, tr. it., *Il tempo e l'altro*, Il Melangolo, Genova 1987.
26. LÉVINAS, E. (1982), *Éthique et Infini. Dialogues avec Philippe Nemo*, tr. it., *Etica e infinito*, Città Nuova, Roma 1984.
27. LUNDIN, R. W. (1989), *Alfred Adler. Basic Concepts and Implications*, Accelerated Development, Levittown.
28. MINKOWSKI, E. (1933), *Le temp vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques*, tr. it. *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, Einaudi, Torino 1971.
29. MINKOWSKI, E. (1936), *Vers une cosmologie*, tr. it. *Verso una cosmologia. Frammenti filosofici*, Einaudi, Torino 2005.
30. MINKOWSKI, E. (1939), *Naître et prendre naissance*, tr. it. *Nascere e prendere nascita*, in FRANCONI, M. (a cura di, 1969) *Filosofia, semantica, psicopatologia*, Mursia, Milano.
31. PAGANI, P. L. (2003), Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal "senso sociale" al "sentimento sociale", *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 25-30.
32. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), *Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-42.

33. PARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
34. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, Centro Scientifico Torinese, Torino.
35. RODOREDA, M. (1986), *La mort i la primavera*, tr. it. *La morte e la primavera*, Sellerio, Palermo 2004.
36. SARAMAGO, J. (2005), *As Intermittências da Morte*, tr. it. *Le intermittenze della morte*, Einaudi, Torino 2005.
37. STONE, M. H., DRESCHER, A. (2004), *Adler Speaks. The Lectures of Alfred Adler*, Universe, Pink Lane Road.
38. TOGLIANI, P. L. (1979), Il substrato eroico e costrittivo nei tentativi di suicidio dell'adolescenza, *Riv Psicol. Indiv.*, 11: 69-72.
39. ZAMBRANO, M. (1990), *Los bienaventurados*, tr. it. *I beati*, Feltrinelli, Milano 1992.

Giorgio Leccardi  
Via Matteotti, 6  
I-24010 Ponteranica (Piacenza)