

Caso clinico

LAURA e la tosse (se non trova le parole): l'ideazione suicidaria nell'adolescente

Longo R., Scooco P.

Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, ULSS 16 Padova

Abstract

L'insorgenza, il mantenimento e l'evoluzione di pensieri e comportamenti suicidari si sviluppa sempre in un contesto interpersonale. Prevenire il suicidio di un adolescente può essere facilitato dalle persone che hanno un ruolo chiave nella vita del giovane, e dalla loro capacità di rispondere alle chiare o mascherate tendenze suicidarie.

La presentazione di un caso clinico ci serve da spunto di riflessione e discussione.

Parole chiave: adolescenza, ideazione suicidaria, caso clinico

Introduzione

Nonostante i comportamenti suicidari del giovane possano essere influenzati da numerosissime variabili, nessun fattore di rischio si riscontra in tutti i soggetti che pensano, tentano o completano il suicidio.

Il tentativo di suicidio e la minaccia di suicidio di un giovane rappresentano delle manifestazioni di una crisi evidente di fronte alla quale non ci dovrebbero essere molti dubbi su come agire: interpellare un professionista che possa aiutarlo, indipendentemente dalla sua reale volontà di morire. Più complesso è affrontare l'ideazione suicidaria, quando non viene apertamente comunicata e verbalizzata. Per arrivare a ciò sarà fondamentale dare il giusto peso ai messaggi di sofferenza inviati dall'adolescente, aiutandolo a comunicarli direttamente, utilizzando modalità condivisibili con l'interlocutore.

L'incapacità di spiegare i fenomeni suicidari solo con l'epidemiologia e la statistica

sottolinea l'importanza di lavorare sulla relazione, utilizzando l'ascolto come strumento per cogliere il disagio del singolo individuo. Per questo la riflessione su dei casi clinici continua ad avere e dare senso.

Caso clinico

Laura (nome di fantasia) è una ragazza di 14 anni che al momento della prima valutazione, presentava un'ideazione suicidaria pervasiva e aveva già pianificato il suicidio.

Questa paziente rappresenta un esempio emblematico di quanto sia difficile per un adolescente esprimere ai propri familiari o agli amici delle idee di morte o dei propositi suicidari e come l'espressione del disagio psichico possa percorrere vie tortuose restando a lungo nascosta ai più, che con il giovane vengono quotidianamente a contatto.

Laura è grassottella, occhialuta, si veste con abiti larghi e informi e ama indossare catene e monili in stile Punk. Vive con la mamma di 45

anni; i genitori sono separati da molto tempo; ha un fratello maggiore tossicodipendente, che vive con il padre. Con il fratello ha sempre avuto un rapporto difficile e conflittuale. Da sempre lo ricorda problematico, irascibile e dedito all'alcol.

A 10 anni Laura fu colpita da crisi epilettiche che sopraggiungevano in concomitanza delle visite del padre. Per queste crisi fu visitata da un neurologo e trattata con farmaci per un paio d'anni.

Ora Laura frequenta il primo anno di una scuola media superiore che, sostiene, ha scelto in quanto era "l'unica possibilità che avevo di mantenere i contatti con (almeno) una compagna della scuola media inferiore, la mitica 3a B", una possibilità per aggrapparsi al ricordo di quel periodo della sua vita e di quello che aveva rappresentato per lei.

Laura suona il pianoforte, ama leggere e guardare la TV.

Con i nuovi compagni di scuola non è ancora riuscita a stabilire relazioni soddisfacenti, non è ancora sbocciata alcuna amicizia e gli insegnanti, afferma "sono distaccati". Tutto questo rendeva difficile il processo di ambientamento e di superamento di una tipica transizione di ruolo dell'adolescenza: il passaggio scolastico dalla media inferiore a quella superiore. Già i termini inferiore e superiore richiamano questa transizione e la necessità per l'adolescente di acquisire nuove abilità, cognitive, emotive e relazionali "superiori".

L'adolescenza è stata descritta come "l'essere catturati tra l'infanzia e l'età adulta" (Barman & Jobs, 1991).

Laura sostiene che, a differenza degli attuali docenti "l'insegnante di italiano della scuola media era riuscita a capire che c'era qualcosa che non andava in me"; questa docente la sosteneva, le parlava e la incoraggiava.

Laura era stata inviata allo psicoterapeuta dal medico di famiglia, a sua volta interpellato dalla madre, in quanto Laura manifestava una fastidiosissima tosse stizzosa che da due mesi le "impediva" di andare a scuola. Questo sintomo infatti disturbava il corso delle lezioni. Laura

dichiarò "con questa tosse è impossibile il mio rientro in classe".

La madre affermava che sicuramente c'era qualcosa che non andava in Laura, un disagio, ma non capiva cosa stesse succedendo. Il padre era invece convinto che la tosse fosse dovuta ai fumi tossici di un'industria che si trovava vicino alla loro abitazione.

La tosse aveva quindi portato alla luce una situazione di crisi che, anche se mascherata, ha indotto le persone che le stavano vicino ad agire.

Nonostante ciò Laura riferì che tutti - i genitori, la preside e i professori - le avevano consigliato di ritirarsi dalla scuola, oramai aveva perso due mesi di lezioni e non le sarebbe stato più possibile recuperare sul programma portato avanti dagli altri ragazzi.

Laura si dimostrava acuta, brillante e disponibile. Non esitava ad aprirsi, a raccontarsi, quasi stesse aspettando quel momento per vuotare il sacco, liberarsi di segreti che ormai le era faticoso trattenere. Disse: "ho pensieri che non vorrei avere, che non dovrei avere". Il terapeuta le chiese se sarebbe riuscita a parlare di questi pensieri; dopo qualche titubanza raccontò delle difficoltà con il padre al quale si sentiva legata, e dal quale non sapeva slegarsi. Quando il padre si arrabbiava, e lo faceva spesso, non le telefonava e non la cercava più. Laura viveva nel terrore di perderlo; ogni sua scelta sembrava condizionata dal bisogno dell'approvazione del padre.

E poi i problemi con il fratello; con grande imbarazzo confessò che, quand'era piccola l'aveva molestata. Questo suo segreto lo aveva svelato solo all'amica del cuore, non era riuscita a confidarlo alla mamma e a nessun altro adulto.

Da alcuni mesi, da quando l'influenza le aveva lasciato quella tosse fastidiosa, passava gran parte del tempo a casa.

Le cose che considerava più importanti nella sua vita erano la musica e la 3a B, la mitica 3a B.

Quando frequentava le medie poteva vedere i suoi amici a scuola, tutti i giorni, ora invece era sola e "delusa dalla vita e dagli altri".

Una recente esperienza affettiva con un coetaneo era fallita. Lui era bello, le bastò poco per farsi travolgere dall'emozione, ma la lasciò quasi subito. Laura ancora una volta si sentì usata. Ormai nessuno aveva bisogno di lei.

Ma dal racconto Laura traspariva reticenza. Il terapeuta, le comunicò che aveva vissuto e stava sperando tante e tali esperienze che, forse, erano difficili da tollerare, che avrebbe potuto sentirsi perduta e pensare alla morte. Solo allora Laura ammise che le capitava spesso di pensare alla morte, e subito dopo, rompendo gli indugi, ammise che da qualche settimana le capitava di pensare al suicidio, di farlo con il gas, utilizzando un tubo di gomma che sta giù in garage.

Il terapeuta le chiese se ne aveva parlato con la mamma. Non lo aveva fatto, non ne aveva avuto il coraggio; disse: "a chi avrei potuto dire una cosa del genere".

La comunicazione delle idee suicidarie, come del resto il mettere in atto un agito suicidario ha sovente un effetto catartico, comporta una riduzione repentina della tensione e dell'ansia. Qualora un soggetto venga collocato in una categoria a rischio suicidarlo (es. un paziente che esprime al terapeuta l'ideazione suicidaria), il livello di rischio in seguito a ciò viene a ridursi (Norko and Baranoski, 2002). Così fu per Laura che si dimostrò visibilmente sollevata dal fatto di essere riuscita a comunicare questi pensieri.

Il terapeuta le riferì dell'importanza di approfondire alcuni aspetti delle sue esperienze di vita e in particolare di affrontare le difficoltà che stava incontrando nell'inserimento a livello scolastico. Ciò avrebbe comportato ulteriori colloqui e un accordo di base: affrontare e discutere eventuali altri pensieri suicidari qualora fossero riemersi.

Discussione

Sostiene Jeammet "sono quelli che hanno più bisogno di noi che dubitano maggiormente di noi" (cit. in Badoc, 2004).

L'insorgenza, il mantenimento e l'evoluzione di

pensieri e comportamenti suicidari si sviluppa sempre in un contesto interpersonale e con esso interagisce. In un'ottica interpersonale la condotta suicidaria può essere considerata come una funzione che viene rinforzata e mantenuta da successive contingenze relazionali (Mufson et al, 1993).

Ad esempio, la denominazione dell'adolescente, sia questa direttamente espressa o mascherata, all'interno di un sistema familiare, educativo o di un gruppo di compagni può facilitare e portare a comportamenti autodistruttivi e precedere successive condotte suicidarie. Un ragazzo può essere etichettato come "la pecora nera" o come "soggetto problematico o alunno indisciplinato" per delle sue manifestazioni emotive, comportamentali o anche somatiche (Barman & Jobes, 1991).

Laura era in effetti diventata un soggetto problematico; la sua tosse creava problemi allo svolgimento delle lezioni, era disturbante e facilitò il suo progressivo isolamento, fino al ritiro dalla scuola. Questo non fece altro che confermare la sua "non appartenenza" al nuovo gruppo. Per Laura la transizione dal ruolo di *alunna elementare* a quello di *alunna superiore* era diventato uno scoglio insormontabile. Laura aveva vissuto esperienze di vita difficili e poteva contare su una rete familiare disgregata. La difficoltà di comunicare il suo disagio era sfociata nell'insorgenza di una tosse, che poteva essere considerata un equivalente ansioso-depressivo, la punta emersa di una sofferenza più articolata, che comprendeva anche i pensieri suicidari.

Laura non poteva, e non riusciva ad essere palesemente trasgressiva, la figura del padre incombeva minacciosa su di lei, dove la minaccia era vissuta come possibile abbandono. La sua modalità di comunicazione del disagio era quindi somatica: la tosse. La tosse le permise di risolvere la difficoltà di integrazione nella classe, arrivando a ritirarsi dalla scuola senza correre il rischio di adirare gli adulti. Al contrario, il suo sintomo fisico le permise di sentirsi compresa e accettata.

Tuttavia, la madre era riuscita a cogliere che qualcosa non andava e interpellò il medico di

famiglia. Quest'ultimo a sua volta non minimizzò la domanda d'aiuto e consigliò una valutazione specialistica che permise di far emergere l'ideazione suicidaria. Il ruolo dello specialista fu di "adulto benevolo", nello "accompagnare in direzione di...", "camminare con..." l'adolescente (Badoc, 2004).

Le condotte suicidarie dell'adolescente non avvengono mai in un vuoto interpersonale.

Il dibattito su come porsi nei confronti di un adolescente è stato alimentato dall'ipotesi che rispondere ai messaggi depressivi o suicidari possa rinforzare tali atteggiamenti, per la ricompensa che l'attenzione relazionale fornisce, e quindi possa incrementare la frequenza delle manifestazioni suicidarie. Tuttavia, ignorare una comunicazione depressiva o suicidaria può indurre a dei sentimenti di rifiuto e a conseguenze ancora più gravi sul piano comportamentale.

Può succedere di biasimare un paziente, e aumentare così le risposte negative del giovane, proprio quando questi manifestava una maggiore intenzione suicidaria.

Una manifestazione o un comportamento irritanti, disturbanti o di passività, per qualsiasi ragione intollerabili, e in questo senso lo era la tosse di Laura, sono spesso la vera ragione per cui il paziente ha bisogno d'aiuto e spiegano come questi ragazzi arrivino ad alienare gradualmente, dal loro mondo, tutte quelle persone che potenzialmente potrebbero aiutarli. A tutto ciò consegue il mantenimento dello stato depressivo e un'accentuazione dell'isolamento e della disperazione. Di conseguenza, i comportamenti d'allontanamento e il rifiuto d'aiuto che i pazienti suicidari manifestano, devono essere riformulati come ragione del trattamento.

Anche le relazioni e le interazioni all'interno del gruppo dei coetanei sembrano giocare un ruolo significativo, la mancanza di coinvolgimento con il gruppo e le relazioni conflittuali sono infatti comunemente associate con il suicidio dell'adolescente. Laura nel passaggio dalla scuola media a quella superiore si era progressivamente isolata e ciò la rendeva particolarmente fragile e suscettibile ad altri

stress psicologici (le difficoltà familiari, la elaborazione mai affrontate delle esperienze infantili ecc.).

La grande maggioranza degli adolescenti che si suicidano fornisce a coloro che si trovano in condizione di accorgersene, una varietà di indizi verbali e non verbali circa il loro imminente gesto suicidario. Tali indizi, così come evidenti manifestazioni di disagio psicologico, spesso non vengono prese seriamente in considerazione, sono negate, o semplicemente non vengono colte dalle persone che potenzialmente dovrebbero rispondervi. Abbiamo visto, ad esempio, come il padre di Laura imputasse a dei gas irritanti la tosse stizzosa della figlia.

Di conseguenza, prevenire il suicidio di un adolescente può essere facilitato dalle persone che hanno un ruolo chiave nella vita del giovane, dalla loro capacità di rispondere alle chiare o mascherate tendenze suicidarie offrendo all'adolescente ascolto e l'aiuto di figure professionali qualificate.

L'indispensabile attenzione ai segnali di sofferenza e disagio degli adolescenti non deve tuttavia impedirci di cogliere la loro straordinaria vitalità e capacità evolutiva.

Bibliografia

Badoc R: La rete di accoglienza e di ascolto per i giovani dai 14 ai 24 anni nella prevenzione del suicidio. Studi su aggressività e Suicidio, Suppl 1: 17-32, 2004

Barman AL, Jobes DA: Adolescent suicide, assessment and intervention. American Psychological Association, Washington, DC; 1991 (Il suicidio nell'adolescenza, Valutazione e intervento. Edizioni Scientifiche Ma.Gi., Roma; 1999)

Mufson L, Moreau D, Weissman MM, Klerman GL: Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. New York, NY: Guilford Press, 1993

Norko and Baranoski: Understanding risk assessment. Course, Annual Meeting of the

American Academy of Psychiatry and the Law,
Newport Beach, CA, October, 2002.