

Parlare di suicidio con il paziente: gentilezza e alleanza terapeutica.

Stefano Caracciolo, Università di Ferrara

I fattori necessari alla valutazione del rischio di suicidio sono molteplici, e l'attenta conoscenza ed esplorazione degli aspetti epidemiologici e clinici deve assolutamente accompagnarsi all'ascolto del paziente, per consentire al medico lo sviluppo di una relazione significativa¹. Ciò necessita in particolare di tempo, empatia, rispetto, franchezza, ascolto: in una parola, tutti questi aspetti sono contemplati nell'atteggiamento generale della gentilezza².

Nonostante la complessità e la delicatezza della questione, la decisione finale, assegnata alla responsabilità del medico, è, come spesso succede, ridotta ad un dilemma: ricoverare o no, ed eventualmente trattare il paziente a livello ambulatoriale?

Come in un mitico nodo gordiano, anzichè poter con pazienza dipanare gli intricati fili della storia clinica e della vita del paziente, il medico è costretto, suo malgrado, a tagliare tutti i fili assieme. Come un artificiere, può tagliare quelli giusti, e così impedire lo scoppio della 'bomba', solo se li conosce bene e sa quello che fa; come un artificiere di una squadra speciale, rischia di essere dolorosamente coinvolto nello scoppio, nonostante la competenza e le cautele adottate.

Nonostante quanto comunemente si possa ritenere, l'uso di misure restrittive e del ricovero ospedaliero risulta spesso controproducente, ed è comunque da considerare proficuo soltanto in presenza di patologie psichiche gravi e per brevi periodi. Si ricordi a questo proposito, a puro titolo esemplificativo, il tragico suicidio della grande commediografa Sarah Kane, avvenuto nel 1999 al King's College Hospital di Londra, uno dei più moderni ed attrezzati ospedali del Regno Unito. Il ricovero infatti è necessario quando c'è una forte determinazione al suicidio, manca una rete di supporto sociale e la persona a rischio ha una storia di comportamento impulsivo, ma la sua utilità dipende dalle caratteristiche della struttura di ricovero: sono rare, e non solo in Italia, le strutture ospedaliere davvero abilitate, in termini di strutture e di risorse umane, ad un aiuto intensivo per persone a rischio di suicidio, tanto che il tasso dei suicidi intraospedalieri è uguale a quello della popolazione generale. Il ricovero può risultare controproducente quando è coatto e non si inserisce in un negoziato accordo fra medico e paziente, sia perché non costruisce nulla per il futuro, sia perché per il paziente si tratta di una conferma della sua solitudine, che si tinge anche di aspetti persecutori, talora persino giustificati, seppure sotto le mentite spoglie della protezione.

Il trattamento ambulatoriale può essere oggetto di negoziazione e, financo, di contrattazione nel corso del colloquio medico, sollecitando le risorse del soggetto, una volta che siano state verificate come valide, a ricorrere nuovamente alla

¹ Caracciolo S. Il Rischio di Suicidio nella depressione: valutazione e prevenzione In: Caracciolo S. (a cura di) L'Oscurato Soffitto Senza Stelle, pp. 71-90, Roma Aracne, 2007.

² Caracciolo S.: Il potere della Gentilezza. Quaderni di Maieutica, N°70, Edizioni di Maieutica, Milano, 2011

valutazione del medico in caso di riacutizzazione dei pensieri di suicidio, dato che l'area temporale a maggior rischio è di circa 7 giorni, dopo di che il rischio permane comunque ma si avvicina molto a quello della popolazione generale.

Tuttavia, ricordando il contributo di Fornari sul ruolo 'sacrale' del medico³, non possiamo trascurare che nella pratica medica entrano a pieno titolo, accanto ad aspetti scientifici e tecnici, anche aspetti emotivi irrazionali, spesso inconsci, per cui il medico vive una parte della sua attività come il risultato della trasformazione di fantasie infantili e onnipotenti, come il desiderio inconscio di poter sconfiggere sempre le malattie e la morte.

Il suicidio, come e più di ogni altra morte di un paziente, rischia di essere considerato una sconfitta dal medico, al di là degli sforzi profusi e dell'impegno investito nel lavoro con il paziente, anche perchè l'esito infausto si somma appunto ad un'amara constatazione dell'inutilità degli sforzi e della impotenza di fronte a queste situazioni. Ma se il medico sente di aver dato il meglio di se stesso, e non si rifugia in un vacuo fatalismo, allora può, anche di fronte al suicidio di un paziente, fare propria, grazie ad un lavoro di elaborazione della perdita, la saggia concezione di Montaigne⁴:

“Nessuno muore prima dell'ora sua. La parte di tempo che lasciate non era vostra più di quella che è passata prima della vostra nascita; e non vi riguarda più di quella.”

Ma, come è giusto, la morte di un paziente riguarda sempre e comunque il medico che lo ha curato.

³ Fornari, F.: Affetti e Cancro. Milano, Cortina, 1985.

⁴ Michel de Montaigne: Saggi, a cura di Virginio Enrico, vol.I, Milano: Mondadori, 1986, p.112.