

IL TENTATO SUICIDIO IN ETÀ GIOVANILE

Indagine a Milano

In questo secondo articolo sul suicidio () presentiamo, in una nostra elaborazione corredata di osservazioni, i dati di una indagine condotta dal dott. Saverio Luccarelli, primario della Divisione psicopatologica dell'Ospedale Maggiore «Cù Granda» di Milano. La Guardia Psichiatrica I^a, dove sono giunti nel biennio 1968-69 i 2042 casi analizzati nella suddetta indagine, è situata all'interno dell'Ospedale stesso ed è una delle due Guardie in cui vengono convogliati tutti i casi di tentato suicidio della città e dintorni dal pronto soccorso, dagli altri ospedali ed anche dall'ospedale psichiatrico provinciale, direttamente o dopo averli avviati in un primo tempo ai reparti di Terapia intensiva o di Chirurgia o di altre specialità.*

Con il termine «suicidio» intendiamo l'atto autodistruttivo ad esito letale; con il termine «tentato suicidio» (TS) intendiamo l'atto che appare doversi attribuire a volontà autodistruttiva ed al quale, per l'inadeguatezza del mezzo o per il pronto intervento, non segue esito letale.

PREMESSA

Il periodo del processo evolutivo che va dai 10 ai 25 anni comporta profonde trasformazioni bio-psico-sociali (maturazione sessuale, modificazioni strutturo-ponderali, con ripercussioni sulla sfera psico-affettiva e sull'attivismo intellettuale, accettazione o rifiuto, con sfumature e intrecciamenti vari, della realtà sociale) ed è tradizionalmente distinto in due fasi, adolescenza e giovinezza, passibili di diversa ampiezza, nella durata, a seconda degli individui. Oggi è diffusa tra psicologi e psichiatri la tendenza, che appare più convincente, di considerare tale periodo come un unico processo evolutivo strutturante della personalità e definibile come «età giovanile», quantunque permanga un certo divario circa il limite terminale, che qui adottiamo come fissato ai 25 anni.

E' convinzione affermata tra psicologi e psichiatri che, se non si vuole approdare, con lo studio del suicidio e tentato suicidio giovanile, unicamente ad un «miglioramento delle statistiche», è necessario guardare al periodo di età che va dai 10 ai 25 anni, non in maniera globale, ma nel suo svolgersi autenticamente vissuto. Questo periodo che caratterizza chi lo vive come «colui che diviene» — colui cioè che, al termine del periodo stesso, si ritroverà diverso da quel che era all'inizio, per l'importanza e rapidità

(*) Cfr. G. ALESSANDRI, *Il suicidio in Italia*, in *Aggiornamenti Sociali*, (gennaio) 1971, pp. 45-56, rubr. 141.

dei cambiamenti sopraggiunti in lui — è, per ammissione degli stessi psicologi e psichiatri, il meno conosciuto tra i periodi della vita umana. Ma è in esso, appunto, che **prendono radici molti conflitti interiori** che giungeranno a maturazione molto più tardi ed è in questi anni che può inserirsi lo stato morboso come fenomeno particolare che interviene a deviare o impedire il processo strutturante.

E' da tener presente, inoltre, che in questo stesso periodo di età si radicano **fenomeni di disadattamento** che, per quanto rilevabili soprattutto tra giovani immigrati, si verificano, secondo il parere di psichiatri, con una certa frequenza anche tra giovani residenti, nei confronti della propria famiglia e/o dell'ambiente che li accoglie. Per disadattamento si intende, generalmente, il non adeguato svolgimento del processo di continuo confronto con la realtà esterna attraverso i tentativi di modificarla in funzione delle proprie esigenze o di modificare se stessi, la propria linea di condotta e le proprie aspirazioni in funzione della realtà esterna; tale processo, per le inevitabili crisi e frustrazioni che comporta, richiede l'integrità della struttura fisica e psichica del giovane, oltre a rapporti integrativi con il mondo, di altri giovani o di adulti, nel quale si immette.

E' in questo ordine di considerazioni che si rivela l'**istanza di affiancare alla visuale sociologica del tentato suicidio l'approccio psicologico** che ponga in più chiara luce il fatto che non si possa attribuire al gesto un solo e determinato senso, trascurando il polimorfismo delle motivazioni conflittuali di fondo che, variamente concatenate, possono essere peculiari anche ad un individuo non psicotico: il gesto appare allora nella sua più credibile dimensione di risoluzione maldestra e inadatta di una « crisi » le cui radici vanno ricercate lontano, nella storia personale del paziente. La causa occasionale appare, quindi, come l'impatto di una circostanza con una lunga traiettoria, che ha un suo linguaggio cifrato non sempre agevole da decodificare (1).

(1) L'indagine psicologica su tentati suicidi ha portato alla distinzione di una serie di « funzioni » nell'atto suicida: 1) una « *funzione di fuga* »: il soggetto, di fronte ad una situazione esistenziale vissuta come penosa, non trova altra via di uscita che la morte, non però presente allo spirito chiaramente come tale, ma o come « fine delle attuali preoccupazioni », o come unica scelta alternativa alla minaccia per una sicurezza, qualunque essa sia, in cui ci si ritrova adagiati, o come una sorta di ritorno all'infanzia ed a legami parentali; 2) una « *funzione autoaggressiva e punitiva* »: l'atto appare al soggetto come l'eliminazione di un sé stesso svalorizzato e inutile o meritorio di punizione, ma l'idea di morte è spesso approssimativa o sostitutiva (ritorno al nulla, ricerca dell'oblio, speranza d'altro); 3) una « *funzione di richiamo* »: il soggetto vede l'atto come un « morire rispetto all'altro » sul quale si contava come sostegno e sorgente di forza per affrontare l'esistenza; ed in questo caso il gesto suicida è visto paradossalmente come un vero atto di vita: tentativo maldestro di tornare ad essere per l'altro — individuo o gruppo — oggetto di desiderio; 4) una « *funzione etero-aggressiva* »: per il soggetto responsabilizzare altri della propria morte è una maniera di aggredire, di punire l'altro considerato direttamente o indirettamente responsabile della situazione suicidogena, che fa pensare ad una sorta di richiamo non ascoltato

ANALISI DEI DATI

Andamento del fenomeno.

L'indagine del dott. Luccarelli si estende a 2042 casi di tentato suicidio giunti alla Guardia Psichiatrica I^a nel biennio 1968-69 (2). Di questi casi: 1041 riguardano l'età giovanile (e son quelli che prenderemo qui in considerazione e che comprendono, appunto, il periodo di età dai 10 ai 25 anni), 856 sono di adulti (26-55 anni), 145 di vecchi (56-92 anni) (3).

e rinnovato in ultima istanza: « io ho perduto, ma tu lo rimpiangerai » (cfr. J. ASCHER et J. DELAHOUSSE, *Approche psychopathologique d'une population de suicidants non psychotiques*, in *Annales médico-psychologiques*, t. 2, 127 année, n° 5, pp. 615-650).

Queste distinzioni, tuttavia, non vengono accettate da alcuni in quanto appaiono dovute ad un « eccesso funzionalista », ossia basate sul presupposto della possibilità di orientamento significante, da parte del suicida, di un gesto che per sua natura risulta « eccezionale e catastrofico » (cfr. A. GORCEIX et N. ZIMBACCA, *Etudes sur le suicide*, Masson, Paris 1968, passim).

(2) Può essere utile, come elemento di confronto, conoscere la media dei suicidi ad esito letale registratasi nel medesimo biennio. La popolazione residente nel comune di Milano al 31-XII-1968 era di 1.680.848 abitanti; sul 16.985 morti in Milano di quell'anno si sono avuti 190 suicidi (dei quali 36 di non residenti). La popolazione residente in Milano al 31-XII-1969 era di 1.701.612 abitanti; sul 17.284 morti di quell'anno si sono avuti 163 suicidi (dei quali 37 di non residenti). Nel 1968, quindi, si sono avuti 11,3 suicidi per 100.000 abitanti e 9,57 nel 1969: medie piuttosto alte se raffrontate con la media regionale della Lombardia che nel biennio 1961-62, abbastanza vicino a quello studiato, era di 4,43 (cfr. *Popolazione e movimento anagrafico dei comuni*, Istituto centrale di statistica, vol. XIV, Roma 1969, pp. 63 ss., e vol. XV, Roma 1970, pp. 64 ss.; *Milano Statistica*, Bollettino mensile a cura del servizio comunale di statistica, dicembre 1968, pp. 8 ss., e dicembre 1969, pp. 8 ss.).

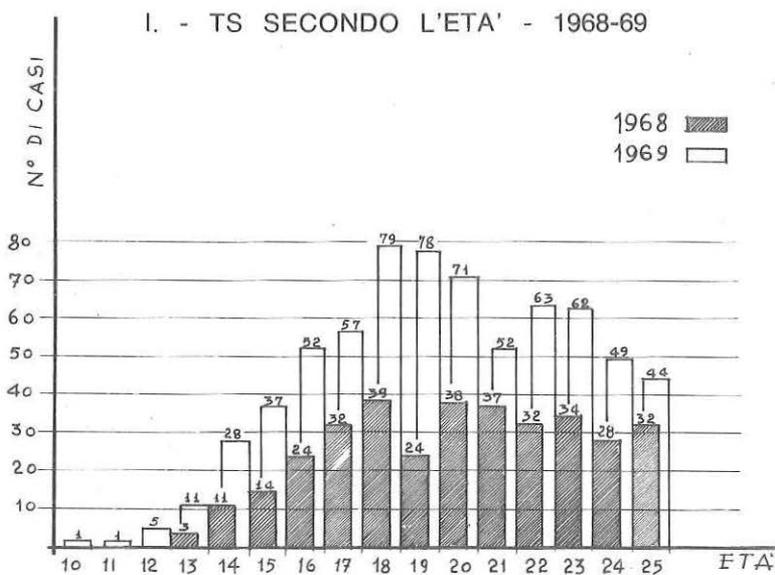
(3) Il SOMOGYI (*Il suicidio in Italia 1864-1962. Analisi statistica, in Suicidio e tentato suicidio in Italia, Rapporto della Commissione del Centro nazionale di prevenzione e difesa sociale*, Giuffrè edit., Milano 1967, p. 32) rileva per l'Italia una preponderanza di tentati suicidi nell'ambito dei capoluoghi di provincia rispetto a quelli nell'ambito di altri comuni. Egli attribuisce il fenomeno a due motivi: a) alla migliore attrezzatura medico-sanitaria che, appunto per la disponibilità di più adeguati mezzi di soccorso, riesce a mantenere la più elevata proporzione di suicidi, che potrebbero avere esito letale, nella categoria dei tentati suicidi; b) alla preponderanza, nei capoluoghi, di tentati suicidi tra la popolazione femminile rispetto a quella tra la popolazione maschile. Il Somogyi stesso riporta le medie nazionali nel periodo 1955-62 per i due sessi (senza però darne la ripartizione): nei capoluoghi, tentati suicidi 61,8%; negli altri comuni, tentati suicidi 38,2%, la cifra media dei tentati suicidi in Italia per il gruppo di età 16-25 anni nel periodo 1955-62 sarebbe di 8,3 maschi e 31,5 femmine per 100.000 abitanti del medesimo gruppo di età.

Il prof. VIRGINIO PORTA condusse, nel biennio 1960-61, una indagine medico-sociologica sul tentato suicidio in tutte le classi di età, tra i ricoverati alla Guardia psichiatrica I^a dell'Ospedale « Ca' Granda » di Milano: l'indagine venne condotta su un campione costituito da 311 degenti (154 maschi e 157 femmine) non selezionati preliminarmente ma assunti man mano che venivano ricoverati. Dalla stessa indagine risulta, anche, che dei ricoverati negli anni 1960-62 in quel reparto della « Ca' Granda » le donne costituivano un terzo del totale di tutti i ricoverati e due terzi dei ricoverati per tentato suicidio (cfr. VIRGINIO PORTA e GIORGIO CALDERINI, *Indagine medico-sociale sul tentato suicidio, in Suicidio e tentato suicidio in Italia, Rapporto cit.*, pp. 207-258).

Ovviamente queste cifre **non esauriscono la totalità del fenomeno** nel biennio considerato: infatti, oltre i casi di tentato suicidio ricoverati nella Guardia Psichiatrica II^a (4) e che non sono inclusi nella indagine di cui ci occupiamo, il numero totale dei TS, par ciascuno anno, non è computabile neanche approssimativamente: molti di essi sfuggono ad ogni controllo, soprattutto da un determinato ceto in su; il controllo diventa inevitabile quando è necessario il ricorso a terapie particolari disponibili solo in grandi complessi ospedalieri, ma anche allora è possibile ottenere una certa riservatezza.

Dall'indagine del dott. Luccarelli risulta che **per l'età giovanile (10-25 anni), nell'anno 1968, si sono avuti 348 casi di TS (tentato suicidio) e, per l'anno 1969, 691 casi di TS:** l'anno 1969 presenta, quindi, un aumento percentuale pari al 98,84 rispetto al 1968; i TS, cioè, risultano aumentati quasi del doppio. E, poichè, nel 1968 si sono avuti 93 casi di TS tra i maschi e 255 tra le femmine, mentre nel 1969 i TS di maschi sono risultati 141 e 550 quelli delle femmine, si ha che nel 1969 i TS di maschi sono aumentati del 51,6%, mentre i TS di femmine sono aumentati del 115,6%.

Come si rileva dal grafico I, **l'andamento della frequenza, in**



(4) Non disponiamo dei dati esatti per i casi di TS ricoverati nella Guardia II^a, che è nel Policlinico di Milano, ma ci risulta che ad undici ricoverati per TS nella Guardia I^a ne corrisponde uno ricoverato nella Guardia II^a nel biennio considerato, 1968-69; inoltre il fenomeno del forte incremento dei TS nel 1969 rispetto al 1968, rilevato tra i ricoverati della Guardia I^a, si è verificato quasi identico nella Guardia II^a.

rapporto all'età, è progressivo: dai 21 casi di TS complessivi del biennio 1968-69 per l'età compresa fra i 10 e i 13 anni (1 maschio, 20 femmine), il fenomeno assume crescente consistenza dai 14 anni in avanti e raggiunge la sua quota massima tra i 18 e i 21 anni (la punta massima si registra nel diciottesimo anno con 118 TS complessivi). Tenendo conto delle cifre assolute di TS nei singoli anni di età, si ha che il periodo di età 16-23 anni registra la percentuale massima dei TS in età giovanile con 74,5% del totale.

La **ripartizione in gruppi di età per i due sessi**, nel biennio 1968-69, risulta nei seguenti termini:

Sesso	10-13	14-16	17-19	20-22	23-25
M	1	17	72	80	64
F	20	149	237	214	186

Correlazioni significative.

1. Rispetto al **grado di istruzione** le cifre più alte di TS si hanno, nel biennio 1968-69, per gli alunni che hanno terminato le elementari (346 casi complessivi, di cui 63 maschi e 283 femmine; ed è la cifra più alta tra i vari gradi di istruzione), o frequentano le scuole medie inferiori (340 casi, di cui 75 maschi e 265 femmine), o le scuole professionali (99 casi, di cui 22 maschi e 77 femmine), o sono iscritti alle medie superiori o scuole per periti (100 casi, di cui 37 maschi e 63 femmine). Le cifre più basse si registrano per i laureati (1 femmina), per gli analfabeti (7 femmine), per gli universitari (25 casi, di cui 14 maschi, 11 femmine).

2. La frequenza del TS, secondo lo **stato civile** ed i gruppi di età, risulta, nel biennio 1968-69, come segue. Non-sposati: anni 10-13, casi 21; anni 14-16, casi 164; anni 17-19, casi 286; anni 20-22, casi 222; anni 23-25, casi 142. Sposati: anni 14-16, casi 2; anni 17-19, casi 23; anni 20-22, casi 69; anni 23-25, casi 90. Quindi i casi di non-sposati che hanno tentato il suicidio nel biennio risultano 840 (212 maschi, 628 femmine); quelli di sposati, invece, solo 184 (17 maschi, 167 femmine); quelli di separati, 14 (5 maschi, 9 femmine); quelli infine di vedove, 2.

3. L'incisività del TS correlato al **livello socio-economico della famiglia**, presenta aspetti che si prestano ad interessanti considerazioni: per provenienti da famiglie a condizione economica « discreta » si ha un massimo con 572 casi di TS (109 maschi, 463 femmine); da famiglie a condizione « mediocre », 292 casi (70 maschi, 222 femmine); da famiglie a condizione « buona », 97 casi (28 maschi, 69 femmine); seguono, nell'ordine, provenienze da famiglie a condizione « scadente », « pessima », « ottima ».

Questa correlazione, per cui risulta più alto il numero di TS

tra provenienti da famiglie in condizioni socio-economiche « discrete » (al primo posto) e « buone » (al terzo posto), e meno alto quello dei provenienti da condizioni « pessime » e « scadenti » (per le condizioni « ottime », come del resto anche per le « buone », non appare azzardata la ipotesi di eventuali ricoveri in riservate cliniche private), richiama il rilievo di disagio psichico (noia, senso di « vita vuota », mancanza di entusiasmo, ecc.) avanzato da psicologi che lo hanno riscontrato con una certa frequenza diffuso tra i giovani appartenenti a famiglie di un certo livello di reddito.

Se poi si collega tale rilievo con l'altro di giovani, provenienti anche essi dagli stessi ceti, che confluiscono in gruppi caratteristici per una certa intolleranza che degenera con frequenza in violenta aggressività, l'ipotesi di una « vicarianza » fra auto-aggressività ed etero-aggressività, basata sul diverso modo di orientamento possibile nell'aggressività umana, appare plausibile e per nulla frutto di indebita generalizzazione a partire da qualche caso, e spiegherebbe, almeno in parte, ciò che non si riesce ancora a cogliere ed a padroneggiare del tutto nei fenomeni che accompagnano le trasformazioni profonde e complesse della nostra epoca.

4. La correlazione del numero dei conviventi con il numero dei TS si presenta in questi termini: si raggiunge un massimo di TS nei nuclei con tre conviventi oltre il soggetto (230 casi, di cui 47 maschi, 183 femmine); in quelli con due conviventi: 217 casi (52 maschi, 165 femmine); in quelli con un convivente: 161 casi (37 maschi, 124 femmine); in quelli con nessun convivente: 134 casi (46 maschi, 88 femmine).

Il numero di TS in correlazione con il numero dei conviventi e con il numero di stanze dell'alloggio è il seguente:

numero di conviventi	numero di stanze								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	106	13	6	1					
1	34	90	25	8	2	1	1		
2	16	81	70	35	8	7			
3	8	76	74	50	17	2	1		2
4	6	26	54	15	9	1		1	1
5	5	14	33	17	6	1		1	1
6	1	8	16	10	2	1		1	
7	1	7	10	7	5	1	1		
8		3	9	3	2				
9	4	4	10	5	1	1			1

A parte il fatto, di per sè abbastanza eloquente, che il numero più alto di TS si ha fra giovani soli abitanti in una sola stanza, non è possibile dedurre altri rilievi significativi da queste correla-

zioni: l'indagine non offre i dati corrispondenti e non perchè non se ne sia rilevata l'importanza, ma unicamente a causa di lacune nelle schede individuali già in uso.

Perciò non è possibile precisare quale è il tipo di conviventi (se familiari o no), ferma restando la convinzione che altro è il clima umano risultante da una convivenza in ambiente familiare, altro quello di un inserimento di tipo provvisorio in una convivenza anche numerosa. Poichè è necessario aver presente che le anomalie della struttura familiare costituiscono una delle componenti frustranti di maggior rilievo: la famiglia resta pur sempre il primo gruppo sociale in cui si affondano le radici; da ciò l'incidenza, sullo sviluppo giovanile, della mancanza di uno dei genitori — soprattutto il padre —, del contesto di separazione, divorzio, concubinaggio.

Mancano, inoltre, precisazioni sul tipo di alloggio: l'alloggio riproduce in parte l'ambiente sociale ed assume importanza per i conflitti affettivi che può riflettere: un piccolo appartamento, mobiliato e sistemato da altri, può risultare più impersonale ed estraneo di una camera di pensione, che può anche comportare un certo grado di trascuratezza, ma che finisce col dare il senso del vero rifugio, come luogo privilegiato di autonomia e di incontri; e così, un appartamento confortevole e sufficientemente vasto, può risultare frustrante, per chi lo abita, per la mancanza di uno « spazio personale »; come pure c'è differenza, dal punto di vista delle ripercussioni sulla psiche individuale, tra un attico di lusso ed un sordido abbaino, e così via.

5. Come si può rilevare dal grafico II, la distribuzione dei TS nei vari mesi dell'anno e secondo le ore presenta un andamento quasi ciclico: il dato significativo è che la maggior frequenza di TS si osserva nei mesi invernali e, in tutti i periodi dell'anno, dalle ore 20 alle 23; si rileva in particolare che nei mesi invernali i TS si verificano in numero quasi uguale nell'intervallo fra le ore 16-19 e 20-23.

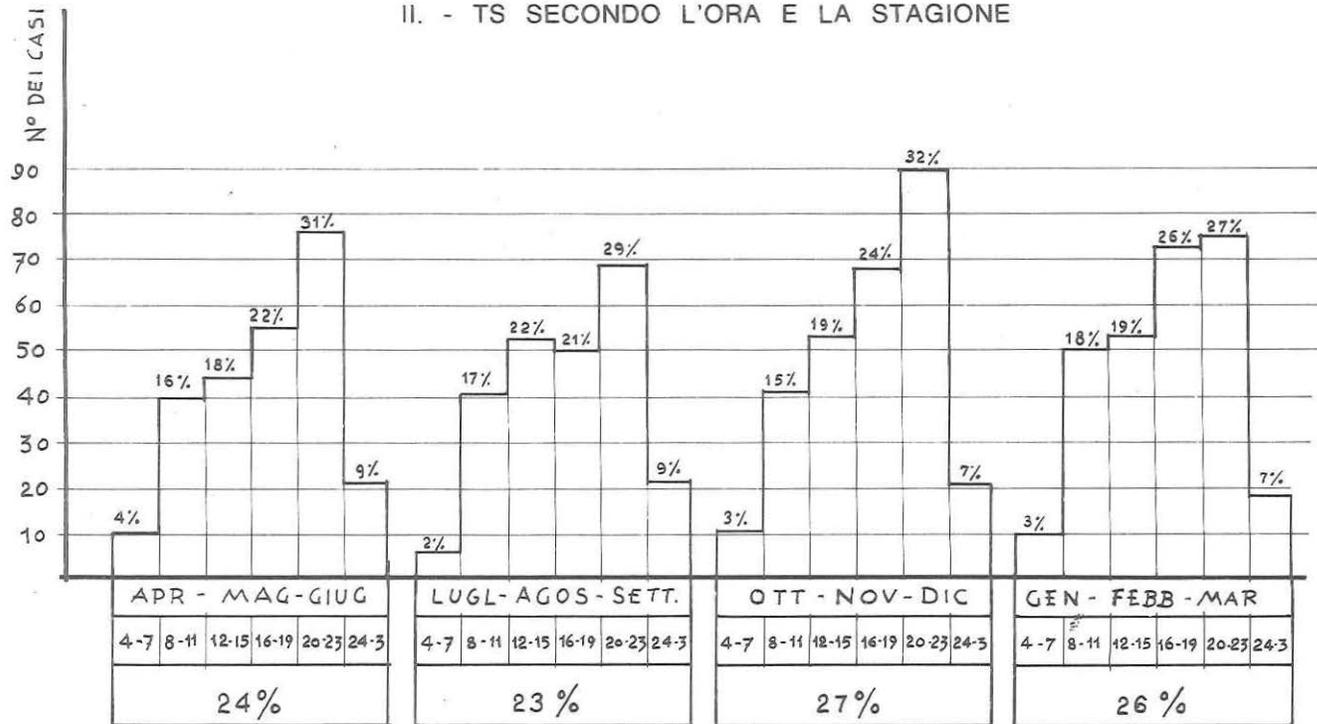
Cosa pensare allora della « legge stagionale del suicidio, secondo la quale nei mesi di autunno-inverno si commette un minor numero di suicidi che nei mesi di primavera-estate »? (5). Che possa esser rilevato nel TS un ritmo stagionale, a parere di alcuni psicologi e psichiatri, non sembra doversi escludere, ma non sono sinora noti i fattori che vi intervengono.

Il fenomeno tra gli immigrati.

Per quanto concerne il divario nei TS tra popolazione residente ed immigrati, appare opportuno premettere alcuni dati generali. Stando alle cifre riportate dal bollettino « Milano statistica », già citato, il numero complessivo, per tutte le età e i due sessi, degli immigrati a Milano nel decennio 1960-1969 assomma a 515.422: punta massima nel 1961 con 81.062 immigrati, segue il 1960 con 66.930 immigrati; dal 1962 il numero di immigrati va progressivamente diminuendo sino ai 44.480 immigrati del 1966; il 1967 segna una ripresa con 49.870 immigrati, che prosegue nel

(5) S. SOMOGY, *Analisi cit.*, p. 37.

II. - TS SECONDO L'ORA E LA STAGIONE



1968 con 51.306 immigrati e nel 1969 con 50.612 immigrati.

E' noto che tali cifre ufficiali non rispecchiano, per difetto, la realtà. Bisogna, inoltre, tener conto del fatto che molti immigrati — difficilmente rilevabili esattamente dal numero degli emigrati — sono ritornati alle terre di origine o hanno espatriato.

I ricoverati, per TS, tra gli immigrati in età giovanile, dai 10 ai 25 anni, risultano, nel biennio 1968-69, 719 dei quali: 129 ricoverati nel 1968 e 590 nel 1969. Il numero dei giovani immigrati che hanno tentato il suicidio, nel biennio, risulta **doppio di quello dei TS tra residenti**: i 719 casi di TS tra immigrati (contro i 322 tra residenti) risultano così ripartiti per gruppi di età: anni 10-13: 11 casi (residenti 10); anni 14-16: 109 casi (residenti 57); anni 17-19: 211 casi (residenti 99); anni 20-22: 199 casi (residenti 95); anni 23-25: 189 casi (residenti 61).

Per quanto riguarda la **durata della residenza**, dall'indagine del dott. Luccarelli risulta, per gli immigrati in età giovanile che le cifre più alte si hanno per i giovani immigrati da due anni, con 94 casi di TS, e da un anno, con 80 casi; la media dei TS tra giovani immigrati, calcolata secondo la ripartizione per classi di età adottata da « Milano statistica » che, per l'età giovanile, va dai 15 ai 24 anni, risulta così dello 0,36% per i giovani immigrati da due anni e dello 0,31% per quelli immigrati da un anno.

La distribuzione per sesso, nel biennio, dei TS tra i giovani immigrati è di 146 maschi e 573 femmine, mentre è di 88 maschi e 234 femmine di TS tra i residenti. Per quanto riguarda lo stato civile, tra i giovani immigrati 565 risultano non-coniugati, 144 coniugati e 9 separati; tra i residenti risultano non-coniugati 276, coniugati 40, separati 5. In quanto al grado di istruzione: 278 TS (ed è la cifra più alta) tra coloro che hanno conseguito la licenza elementare; 208 TS tra coloro che hanno frequentato le scuole medie inferiori; 82 semianalfabeti; seguono gli altri gradi con cifre inferiori; la stessa gradualità si riscontra nei TS tra i residenti, a partire da 133 TS tra coloro che hanno frequentato le scuole medie inferiori.

Rispetto alla provenienza, il contingente più alto di TS risulta tra i provenienti dal Meridione, con 266 casi; segue il Settentrione con 212, le Isole con 154, e il Centro con 59. Gli stranieri risultano 25.

In questa correlazione tentato suicidio-immigrazione, psichiatri e psicologi osservano che concorre la **condizione di disadattamento**, di cui abbiamo detto più sopra, determinata dal trapianto e dalle mutate condizioni di ambiente e di cultura: per l'immigrato, il diverso grado di evoluzione socio-culturale che generalmente si verifica, gli eventuali pregiudizi connaturati nella sua struttura mentale, il diverso modo di porsi di fronte alla vita che gli fanno sentire estraneo l'ambiente nuovo possono costituire lo impatto con una distorta condizione psichica preesistente.

Le motivazioni.

Significativi rilievi possono essere dedotti a livello di motivazioni e modalità del TS. Per quanto riguarda le motivazioni è tendenza diffusa tra psicologi e psichiatri quella di considerare inadeguato il termine « causa », al quale sono propensi a preferire l'espressione « fattori suicidogeni » che traduce meglio la difficoltà di cogliere, nel suo dinamismo e nella sua unità fondamentale, il meccanismo intimo del processo del TS come viene vissuto dal soggetto.

Dall'indagine sulle motivazioni risulta, come maggiormente ricorrente, quella dei « **dispiaceri amorosi** » con 403 casi (di cui 327 tra non-coniugati, 69 tra coniugati, 6 tra separati ed 1 vedova; 71 maschi, 332 femmine; massimo dei casi, 254 nel gruppo di età 18-23 anni; massimo dei casi: in maggio 46, in aprile 41). Seguono i « **dispiaceri familiari** »: con 148 casi (di cui 109 tra non-coniugati, 37 tra coniugati, 1 separato, 1 vedova; 28 maschi, 120 femmine; massimo dei casi 75 nel gruppo di età 16-20 anni; massimo dei casi: in marzo 19 e in febbraio 15). I casi motivati con « **rimprovero dei genitori** » risultano 57 (tutti tra non-coniugati; 5 maschi, 52 femmine; massimo 29 casi nel gruppo di età 14-16 anni; massimo: 8 casi in gennaio e altrettanti in giugno) (6).

Il rilievo delle spiegazioni occasionali, tenuto il debito conto delle eventuali razionalizzazioni « postume » intese a « mascherare » — consciamente o inconsciamente — le motivazioni di fondo, se tradotto in cifre di frequenza, ha indubbiamente una sua importanza illuminante circa gli elementi peculiari della personalità dei soggetti. Questi (e ci riferiamo ai soggetti studiati in questa indagine) risultano interessati dal **processo strutturante dell'età giovanile, caratterizzato dalle ben note antimonie**: rivolta e sottomissione, esuberante bisogno di agire e fatalistica passività, esibizionismo e inibizione, bisogno di autonomia e ricerca di modelli ai quali conformarsi; in tali comportamenti si manifestano le cariche emotive, le spinte istintuali, i fermenti delle nuove energie fisiche; occasioni tutte di conflitti interiori che sbilanciano, con una certa frequenza, equilibri precariamente acquisiti. Tutto ciò sembra assumere consistenza in quella profonda instabilità, con i suoi voltafaccia e le sue infatuazioni improvvise, che sfugge alle categorizzazioni ma che bisogna pur conoscere adeguatamente perchè da essa può provenire, per i giovani, la salvezza da esiti drammatici e viceversa.

La stessa « chiusura » dei giovani nel comunicare, che appare

(6) Osserva il prof. PORTA, nella indagine citata, che per le motivazioni del tentato suicidio le femmine presentano una minore incidenza di affezioni fisiche e maggiore frequenza di malattie mentali e ciò si comprende dato il prevalere in esse delle forme depressive. I fattori economici prevalgono nettamente nei maschi e quelli affettivi altrettanto nettamente nelle femmine (gli « affettivo-erotici » in numero minore delle « frustrazioni affettive », cioè dei conflitti familiari).

sovente agli adulti come rifiuto di trasmettere « ciò che stanno vivendo » e che contrasta con l'accentuata sincerità delle loro manifestazioni immediate, è quasi sempre l'ingannevole facciata di un acuto bisogno di vivere con gli altri, dell'istanza di inserirsi nelle strutture sociali quale condizione di crescita umana. **Le reazioni della società adulta possono dar luogo a fondamentali contesti affettivi « destrutturanti »** se, per incapacità di proporre ideali non frustranti e di condurre, senza formalismi, un dialogo, originano o acutizzano stati d'animo di carenza e di insicurezza. E' questo ed altro ancora che concorre nella pluriforme problematica che si cela dietro le « motivazioni » dell'atto autolesivo.

I fatti occasionali — dal più banale litigio alla contingenza gravissima — possono configurarsi come lo sfocio più o meno ineluttabile di particolari processi psicologici e sociali: supposte o reali incomprensioni familiari, delusione sentimentale conseguente ad avventata scelta del compagno o a condotta relazionale distorta, insuccesso scolastico dovuto ad errata scelta di indirizzo, sbagliato inserimento nell'attività sociale.

Quantunque ogni tentativo di suicidio denunci una notevole fragilità psichica, dall'indagine risulta una certa percentuale di **giovani soggetti manifestamente psicotici**, per i quali l'atto auto-aggressivo ha avuto funzione di sintomo rivelatore. Per costoro ci limitiamo a presentare i dati dell'indagine nell'annesso prospetto.

Le modalità.

Per le modalità di TS, risultano dall'indagine, per il biennio 1968-69, questi dati: il primato si ha per « avvelenamento da sedativi, sonniferi, barbiturici », con 678 casi (546 non-coniugati, 119 coniugati; 158 maschi, 520 femmine; massimo dei casi 217 nel gruppo di età 18-20 anni, ma le cifre restano, nelle varie età, abbastanza elevate; massimo dei casi in novembre con 65 casi, poi in marzo, luglio, ottobre con 62 casi ciascuno); per « avvelenamento da altre sostanze medicamentose » risultano 155 casi (129 non-coniugati, 26 coniugati; 21 maschi, 134 femmine; le quote risultano abbastanza elevate nel gruppo di età 14-23 anni con una media di 13,6 per ciascuno di questi anni; massimo in febbraio con 22 casi ed in luglio con 21 casi); per « avvelenamento da sostanze non medicamentose » si hanno 85 casi (10 maschi, 75 femmine). Si passa poi ai TS con « armi da taglio e punta », con 81 casi (29 maschi, 52 femmine); per « asfissia o avvelenamento da gas », con 23 casi (8 maschi, 15 femmine); seguono le altre modalità con frequenze più modeste.

Per quanto riguarda le **condizioni in cui vennero ricoverati** i mancati suicidi si hanno queste cifre, sempre per il biennio 1968-69: 18 casi gravi (di cui 6 maschi, 12 femmine), 131 casi preoccupanti (di cui 37 maschi, 94 femmine), 891 casi lievi (di cui 191 maschi e 700 femmine).

TS secondo le malattie mentali

malattie mentali	1968		1969		TOTALE	
	N° di casi	%	N° di casi	%	N° di casi	%
Nevrosi	5	5,9	28	12,2	33	10,5
Caratteropatia	14	16,7	72	31,3	86	27,4
Depressione reattiva	26	31,0	62	26,9	88	28,0
Depressione	26	31,0	36	15,7	62	19,8
Schizofrenia	7	8,3	10	4,3	17	5,4
Psicosi epilettica	5	5,9	14	6,1	19	6,1
Oligofrenia	—	—	6	2,6	6	1,9
Alcoolismo	1	1,2	—	—	1	0,3
Altre tossicomane	—	—	2	0,9	2	0,6
TOTALE	84	100,0	230	100,0	314	100,0

TS secondo classi d'età e malattie mentali

malattie mentali	10÷13		14÷17		18÷21		22÷25		TOTALE	
	N° di casi	%								
Nevrosi	—	—	3	4,8	17	13,5	13	10,8	33	10,5
Caratteropatia	—	—	29	46,8	31	24,6	26	21,5	86	27,4
Depressione reattiva	2	40	13	21,0	38	30,1	35	28,9	88	28,0
Depressione	—	—	7	11,3	22	17,5	33	27,3	62	19,8
Schizofrenia	1	20	—	—	8	6,3	8	6,6	17	5,4
Psicosi epilett.	1	20	8	12,9	5	4,0	5	4,1	19	6,1
Oligofrenia	1	20	2	3,2	3	2,4	—	—	6	1,9
Alcoolismo	—	—	—	—	—	—	1	0,8	1	0,3
Altre tossicom.	—	—	—	—	2	1,6	—	—	2	0,6
TOTALE	5	100,0	62	100,0	126	100,0	121	100,0	314	100,0
TS psichiatrici	5	23,8	62	24,3	126	30,1	121	35,2		
TS non-psichia.	16	76,2	193	75,7	292	69,9	223	64,8		
TOTALE	21	100,0	255	100,0	418	100,0	344	100,0		

La distinzione tra suicidio letale e tentato suicidio implica tutta una serie di delicati interrogativi ai quali non appare possibile dare una risposta netta ed unica: l'esito dell'atto viene piegato verso il decesso o la sopravvivenza da fattori numerosi e di diversa importanza, interferenti tra loro. Quel che appare doversi in ogni modo evitare è il rischio di dubitare della « sincerità » del gesto auto-lesivo, anche se l'« atto benigno » appare derisorio od il paziente stesso sembra agevolare tale punto di vista giustificando talvolta l'atto stesso, con la plausibile volontà di minimizzarne la portata, come ricerca di « un buon sonno ». Del resto, anche nel caso di chi annuncia chiaramente la sua intenzione di morire o, dopo aver tradotto in atto il gesto auto-lesivo, telefona all'amico per informarlo, come è possibile affermare categoricamente che quei comportamenti siano finalizzati a determinare una reazione umana da parte degli interlocutori o siano ripensamento e volontà di essere salvato? E' la inadeguatezza della modalità che impedisce al soggetto di uccidersi o è il desiderio di sopravvivere che gli fa scegliere una modalità più « benigna »? (7).

Dai colloqui con i pazienti stessi è possibile rilevare che gli atti suicidi, particolarmente quelli compiuti nel periodo giovanile considerato, presentano — nei due sessi — **forti cariche di impulsività e di emotività, più che determinazione a lungo pensata**: risultano « meno preparati », con il ricorso a modalità utilizzabili immediatamente, « a portata di mano »; con il ricorso a farmaci dei quali, per mancanza di informazione, non si conoscono le dosi letali e che perciò finiscono per risultare di efficacia non immediatamente mortale; con una certa frequenza sono accompagnati da fenomeni di alcoolizzazione che non si sa bene se direttamente intesi come atti per sé suicidi o voluti per preparare il passaggio all'atto.

I **recidivi** risultano, complessivamente, 181, così ripartiti: recidivi per la prima volta, 146 (di cui 36 maschi, 110 femmine); recidivi per la seconda volta 22 (8 maschi, 14 femmine); recidivi per più di due volte 13 (4 maschi, 9 femmine).

CONCLUSIONE

Questa indagine, oltre al problema della reciproca integrazione della visuale sociologica con la visuale psichiatrica e psicologica, pone quello della « azione volta, a tutti i livelli della socie-

(7) Nella stessa citata indagine del prof. PORTA viene osservato che, per le modalità del tentato suicidio, tra le femmine prevalgono avvelenamenti da barbiturici, tra i maschi avvelenamenti da altre sostanze medicamentose o no; vi è parità nel ricorso al gas e ad armi da taglio e punta; vi è prevalenza tra i maschi dell'uso dei mezzi più violenti e letali. Dalle sue stesse osservazioni è dato rilevare che le donne o scelgono mezzi per i quali vi sono maggiori possibilità di aiuto e di cura oppure, sovente, consapevolmente o inconsciamente, mettono in opera tali atti facendone trasparire o addirittura conoscere ad altri l'intenzione, facilitando così un intervento e, per conseguenza, la salvezza.

tà, alla prevenzione del suicidio e all'assistenza degli scampati » (come concludevamo nel nostro precedente articolo). Quest'ultimo implica il **problema di fondo dei giovani nel mondo d'oggi**. Infatti, se è necessaria una organizzazione psichiatrica adeguata che consenta di non perdere di vista almeno la maggioranza dei giovani scampati, poichè il comportamento suicida, per quanto eccezionale esso sia, è un comportamento ripetitivo, altrettanto necessario è aver presente che a quel gesto disperato possono approdare, in numero sempre crescente, minori che, senza evidenti stigmate di psicosi, risultano molto più isolati ed esclusi in una società che, anzichè tentare un reale sforzo di impostazione di un « autentico » dialogo aperto e costruttivamente inteso a mutare la contestazione in riforma, pretende di estirpare quelli che essa giudica « mali » cedendo alla tentazione autoritaria e repressiva dei cosiddetti « uomini d'ordine » o ricorrendo ad un vieto paternalismo che offre risposte bell'e fatte anzichè chiamare i giovani a parteciparvi e scoprirle. Tale società risulta società chiusa, alienante e che stimola all'evasione (con le conseguenze più disperate in strutture psichicamente fragili) piuttosto che invitare alla presenza responsabile, tesa a costruire un mondo migliore.

Giovanni Alessandri