

Suicidio e aiuto al suicidio: diritto e psicoanalisi in dialogo*

di Stefano Canestrari, Maria Letizia Caproni

*Contributo pubblicato sulla Rivista [disCrimen](#) in data 27 gennaio 2021 e ripubblicato, in considerazione della sua rilevanza scientifica, sulla Rivista **Diritto Penale e Uomo (DPU) – Criminal Law and Human Condition**. Il contributo è soggetto ai criteri redazionali e di valutazione della Rivista *Discrimen*.*

SOMMARIO: Parte I: 1. Il dibattito sullo statuto giuridico del suicidio. – 2. La sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale e il reato di istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 c.p.). – 3. La sentenza della Corte costituzionale tedesca (BVerfG) del 26 febbraio 2020. – 4. Il baricentro: l'accertamento di una decisione libera e consapevole di richiedere aiuto al suicidio. – 5. Le ferite dell'anima e gli scenari ambivalenti e insondabili della richiesta di aiuto al suicidio: un dialogo tra diritto e psicoanalisi. – Parte II: 6. Il suicidio per la psicoanalisi: la natura relazionale del comportamento autodistruttivo. – 7. La natura relazionale della mente umana: breve riferimento alla costruzione del mondo rappresentazionale e del Sé. – 8. Il *transfert* e la natura della richiesta di aiuto all'interno del rapporto psicoterapeuta-paziente. – 9. La postura psicoanalitica di fronte alla richiesta di aiuto del paziente. – 10. Brevi cenni sul problema della libertà.

* La parte I, parr. 1-5, è stata scritta da STEFANO CANESTRARI, Ordinario di diritto penale nell'Università di Bologna, Membro del Comitato Nazionale per la Bioetica.

La parte II, parr. 6-10, è stata scritta da MARIA LETIZIA CAPRONI, Psicologa. Psicoterapeuta. Docente presso la Scuola di Psicoterapia psicoanalitica di Ravenna (sede di Mantova).

PARTE I

1. Il dibattito sullo statuto giuridico del suicidio.

In questo scritto, caratterizzato da un inedito e approfondito dialogo tra diritto e psicoanalisi, si assume come punto di riferimento il concetto tradizionale di suicidio – nelle sue molteplici manifestazioni – e non la nozione contemporanea e di per sé dilemmatica di suicidio medicalmente assistito¹.

Secondo le acquisizioni dei più autorevoli studi sul concetto “classico” di suicidio, la genetica e la biologia possono giocare un ruolo rilevante, ma sono soprattutto le emozioni negative che affliggono gli individui suicidari. La sofferenza di queste persone è in genere denominata “dolore psicologico” – *psychache*² – per distinguerla dalla sofferenza fisica. Al di là delle definizioni terminologiche proposte nell’ambito della suicidiologia – disciplina dedicata all’analisi scientifica del comportamento suicidario e della sua prevenzione³ – gli studi specialistici pongono l’accento sul fatto che ogni suicidio è un evento multifattoriale con diversi elementi contributivi, ma l’essenza della natura del suicidio è psicologica⁴: per ogni individuo si realizza un dramma suicidario specifico funzionale ad abolire una sofferenza vissuta come insopportabile ed estrema spesso associata alla vergogna, alla colpa, alla rabbia, alla paura, all’ansia, alla solitudine e alla disperazione.

Ai fini del discorso, assume particolare rilievo l’osservazione che il rischio di suicidio è uno stato psicologico transitorio non immediatamente intelligibile dall’interlocutore, che non può comprendere appieno lo stato di sofferenza del potenziale suicida⁵. Il suicidio non emerge in contesti di serenità e di benessere ma è di frequente innescato da esperienze traumatiche che generano una forte sofferenza esistenziale (perdita di persone care, crisi sentimentali, difficoltà economiche, perdita del lavoro, ecc.).

Alla luce di queste considerazioni parlare di suicidio significa innanzitutto porsi in una logica di prevenzione e riconoscere che i potenziali suicidi «sono in equilibrio precario

¹ Per un’approfondita disamina dei rapporti tra i due concetti e degli equivoci che caratterizzano il discorso pubblico e il dibattito nell’ambito della letteratura giuridica si rinvia ad un mio scritto di prossima pubblicazione.

² E.S. SHNEIDAM, *Suicide as psychache*, in *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1993, 174 ss.; ID., *Anodyne therapy. Relieving the suicidal’s patient psychache*, in H. ROSENTHAL (a cura di), *Favorite counselling and homeworks assignments*, Philadelphia, Pa., Taylor and Francis, 2001, 180 ss.

³ V. M. POMPILI, *La prevenzione del suicidio*, il Mulino, Bologna, 2013, in partic. 105 ss.

⁴ S.C. SHEA, *The practical art of suicide assessment*, New York, John Wiley & Son, 2002, 11: «L’idea del suicidio non viene da protocolli statistici ma dal dolore psicologico. Ogni persona è unica. La potenza statistica è al suo meglio quando viene applicata a popolazioni di grandi dimensioni, mentre gioca una parte più debole quando viene applicata al singolo individuo, sia nel silenzio di uno studio medico che nel frastuono del pronto soccorso».

⁵ Si vedano le riflessioni di M. POMPILI, *op. cit.*, 115 ss., in part. 120 ss. opportunamente riprese anche da A. VALLINI, *Morire è non essere visto: la Corte costituzionale volge lo sguardo sulla realtà del suicidio assistito*, in *Dir. pen. e processo*, 2019, 805 ss.

tra il loro desiderio di vivere e quello di morire»⁶.

Inquadrato in una prospettiva preventiva il suicidio “tradizionale” – classificato dall’OMS come la dodicesima causa di morte nel mondo⁷ – non va trattato né come un reato né come “un peccato” o un atto da “disapprovare sul piano morale”⁸; non deve essere “automaticamente” classificato come un sintomo di disturbo psichiatrico⁹; deve essere qualificato come una facoltà o un esercizio di una libertà di fatto¹⁰; non deve essere considerato un diritto tutelato e garantito dall’art. 2 della Costituzione¹¹.

Tale inquadramento della natura giuridica del suicidio – inteso in senso tradizionale – consente un adeguato contemperamento tra la prospettiva solidaristica che rende legittimo e auspicabile un intervento delle istituzioni orientato a scoraggiare il suicidio e l’affermazione del suicidio come atto di libertà¹².

2. La sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale e il reato di istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 c.p.).

La celebre pronuncia della Corte costituzionale n. 242 del 2019 – così come prima l’ordinanza n. 207 del 2018¹³ – non ha affrontato la questione dello statuto giuridico del suicidio, ma le argomentazioni svolte non aderiscono né alla tesi della illiceità strutturale della condotta suicida, né alla concezione opposta del diritto al suicidio ex art. 2 Cost. che avrebbe condotto alla incostituzionalità dell’art. 580 c.p.

In relazione all’incriminazione dell’istigazione e dell’aiuto al suicidio, la Corte ritiene che sia «funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e

⁶ Così M. POMPILI, *op. cit.*, 75, il quale afferma che gli aspiranti suicidi vogliono vivere «a condizione che si plachi la loro estrema sofferenza» (*Ibid.*, 69).

⁷ La terza causa di mortalità per le persone di età comprese tra 15-44 anni.

⁸ In questa direzione cfr. la nota teoria di F. MANTOVANI (*Diritto penale. Parte speciale. Delitti contro la persona*, vol. I, Cedam, Padova, 2013, 124), che definisce il suicidio un «fatto giuridicamente tollerato», analogamente all’esercizio della prostituzione, all’uso di sostanze stupefacenti ed alla compravendita di parti anatomiche.

⁹ Sul punto cfr. le acute considerazioni di R. MARRA, *Suicidio* (voce), in *Enciclopedia delle scienze sociali*, 1998.

¹⁰ Si consenta il rinvio a S. CANESTRARI, *Principi di biodiritto penale*, il Mulino, Bologna, 2015, 66 anche per ulteriori riferimenti bibliografici.

¹¹ Cfr., nella letteratura giuspenalistica, L. STORTONI, *Riflessioni in tema di eutanasia*, in *Legislazione penale*, 2000, 481.

¹² Con chiarezza, quasi testualmente, S. SEMINARA, *Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1995, 722; analogamente, ID., *La dimensione del corpo nel diritto penale*, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. RODOTÀ e P. ZATTI, *Il governo del corpo*, t. 1, a cura di S. CANESTRARI, G. FERRANDO, C.M. MAZZONI, S. RODOTÀ, P. ZATTI, Milano, Giuffrè, 2011, 196.

¹³ Sul tema, mi limito a segnalare i volumi di F.S. MARINI, C. CUPELLI, a cura di, *Il caso Cappato. Riflessioni a margine dell’ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018*, E.S.I., Napoli, 2019 e di G. FORNASARI, L. PICOTTI, S. VINCIGUERRA, a cura di, *Autodeterminazione e aiuto al suicidio*, P.U.P., Padova, 2019.

vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema ed irreparabile come quella del suicidio». Il divieto, anche nell'odierno assetto costituzionale, ha una sua «ragion d'essere» in quanto «assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere»¹⁴.

Di conseguenza, sempre a giudizio della Corte, non si può ritenere inibito al legislatore penale di vietare condotte che spianino la strada a scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell'autodeterminazione individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della «persona umana» (art. 3, comma 2, Cost.)¹⁵.

Tuttavia, come noto, la Corte ha individuato – all'interno del *petitum* principale del remittente – una circoscritta area di non conformità costituzionale dell'art. 580 c.p., corrispondente alle ipotesi in cui l'aspirante suicida si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli. In tali ipotesi, scrive la Corte, «il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare ingiustificatamente nonché irragionevolmente la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita»¹⁶.

In altra sede, ho avuto modo di proporre un'approfondita disamina della sentenza n. 242 del 2019. Muovendo da una valutazione analitica dei quattro requisiti afferenti alla condizione del paziente che avanza la richiesta di assistenza medica al suicidio, ho posto in evidenza quanto le argomentazioni della Corte fossero strettamente connesse alle peculiarità del caso "Antoniani (DJ Fabo)-Cappato" ed illustrato i chiaroscuri di una sentenza "inevitabilmente infelice"¹⁷.

Ai fini del discorso che si intende sviluppare, occorre ora "procedere a ritroso" e

¹⁴ Corte Costituzionale, sentenza 24 settembre 2019 (dep. 22 novembre 2019), n. 242 (Pres. Lattanzi, Est. Modugno) – consultabile in www.cortecostituzionale.it – § 2.2 *Considerato in diritto*, riprendendo l'ordinanza n. 207 del 2018.

¹⁵ Tali argomentazioni vengono rafforzate anche attraverso il richiamo alla giurisprudenza della Corte EDU, in materia di tutela del diritto alla vita e del diritto al rispetto della vita privata e familiare (artt. 2 e 8 CEDU, sentenze *Pretty c. Regno Unito*, *Haas c. Svizzera*, *Koch c. Germania*).

¹⁶ Corte cost., sentenza n. 242 del 2019, § 2.3 *Considerato in diritto*: riprendendo l'ordinanza n. 207 del 2018.

¹⁷ Si consenta il rinvio a S. CANESTRARI, *Una sentenza "inevitabilmente infelice": la "riforma" dell'art. 580 c.p. da parte della Corte costituzionale*, in *Riv. it. dir. e proc. penale*, 2019, 2159 ss. (pubblicato anche in, a cura di, G. D'ALESSANDRO, O. DI GIOVINE, *La Corte Costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani*, Giappichelli, Torino, 2020, 77 ss.).

“rileggere” il nucleo centrale delle motivazioni che hanno sorretto la questione di legittimità costituzionale sollevata dalla Corte d’Assise di Milano con ordinanza del 14 febbraio 2018: «Il riconoscimento del diritto di ciascun individuo di autodeterminarsi anche su quando e come porre fine alla propria esistenza, rende ingiustificata la sanzione penale nel caso in cui le condotte di partecipazione al suicidio siano state di mera attuazione di quanto richiesto da chi aveva fatto la sua scelta liberamente e consapevolmente. In quest’ultima ipotesi, infatti, la condotta dell’agente “agevolatore” si pone solo come strumento per la realizzazione di quanto deciso da un soggetto che esercita una sua libertà (...)».

Come ho appena ricordato, l’impostazione formulata dai giudici milanesi non è stata accolta dalla Corte costituzionale. Tuttavia, l’idea ispiratrice di tale ricostruzione viene ora riproposta con vigore da voce autorevole della nostra letteratura penalistica¹⁸. Scrive l’illustre Autore: «La “soluzione” che la Corte [costituzionale] prospetta, pur nei suoi termini asfittici, nega *in apicibus* l’idea che il suicidio possa e debba essere espressione di libertà; postulando un sindacato di “compatibilità” della scelta suicidaria rispetto alle condizioni della persona che la formula (affetta da patologia irreversibile, fonte di sofferenza intollerabile, e pur sempre capace di decidere) si superano ampiamente i limiti di una verifica dell’effettiva libertà di scelta»¹⁹.

Tale posizione trova una parziale conferma anche nelle motivazioni della sentenza del Secondo Senato del *Bundesverfassungsgericht* del 26 febbraio 2020, la quale ha dichiarato incostituzionale il § 217 del StGB che punisce la c.d. “agevolazione commerciale del suicidio”²⁰.

3. La sentenza della Corte costituzionale tedesca (BVerfG) del 26 febbraio 2020.

La tradizione giuridica tedesca è diversa da quella italiana, in quanto è caratterizzata da una generale scelta di liceità dell’agevolazione al suicidio, contrapposta alla rilevanza penale dell’omicidio del consenziente (art. 216 StGB). Il legislatore penale tedesco nel 2015 ha introdotto il reato di cui all’art. 217 StGB – ora dichiarato incostituzionale dalla citata sentenza del *BVerfG* – con l’obiettivo di incriminare

¹⁸ T. PADOVANI, *Dovere di vivere e aiuto al suicidio: un sintagma*, in *www.biodiritto.org*, 3 ss., il quale giudica l’ordinanza della Corte di Assise di Milano articolata, completa e persuasiva.

¹⁹ T. PADOVANI, *Dovere di vivere*, cit., 9.

²⁰ BVerfG, Urteil des Zweiten Senats von 26 Februar 2020, - 2BUR 2347/2015. Per una prima analisi delle motivazioni della sentenza, cfr. le osservazioni di M.B. MAGRO, *Il suicidio assistito tra inviolabili diritti di libertà e obblighi di protezione positiva nella decisione del Tribunale costituzionale tedesco sul § 217 StGB*, in *Dir. pen. XXI secolo*, 2020, 20 ss.; N. RECCHIA, *Il suicidio medicalmente assistito tra Corte costituzionale e Bundesverfassungsgericht. Spunti di riflessione in merito al controllo di costituzionalità sulle scelte di incriminazione*, in *Sistema penale*, 28 luglio 2020, pubbl. in *Diritto penale contemporaneo - Rivista trimestrale*, n. 2/2020, 64 ss.; F. LAZZERI, *La Corte costituzionale tedesca dichiara illegittimo il divieto penale di aiuto al suicidio prestato in forma commerciale*, in *Sistema penale*, 28 febbraio 2020.

l'«agevolazione (favoreggiamento) commerciale dell'aiuto al suicidio»²¹.

La "storica" impostazione del legislatore d'Oltralpe – la liceità dell'aiuto al suicidio è presente in Germania sin dall'introduzione di un ordinamento penalistico unitario nel 1871²² – viene non soltanto "recuperata" ma ampliata dalla citata sentenza del *BVerfG*, che arriva ad affermare un «diritto al suicidio» (*Recht auf Selbsttötung*) anche in forma assistita.

Secondo la Corte costituzionale tedesca il «diritto ad autodeterminarsi nella morte» deve essere ricondotto all'interno del più generale «diritto al libero sviluppo della propria personalità» (art. 2, co. 1, GG) che nel *Grundgesetz* è ancorato al principio della dignità umana (*Menschenwürde*, art. 1, co. 1, GG)²³. Da ciò segue – scrive il *BVerfG* – che «la decisione autoresponsabile circa la fine della propria vita non necessita di alcun ulteriore fondamento o giustificazione» e, pertanto, «non resta limitata al sussistere di condizioni di malattia grave o insanabili né a determinate fasi della vita o della malattia» (Rn. 210). Ancora: «Una restrizione della garanzia a specifiche cause e motivi implica una valutazione sulle ragioni che spingono a commettere suicidio e sul merito della predeterminazione, ciò che è estraneo alla concezione della libertà dell'uomo, per come egli stesso si concepisce nella propria individualità e nella misura in cui vi si riconosca. (...) Elemento determinante è la volontà del suo titolare (*Maßgeblich ist der Wille des Grundrechtsträgers*), che si sottrae a qualsiasi apprezzamento svolto alla stregua di valori generalmente accettati, di precetti religiosi, di modelli socialmente acquisiti sulla vita e sulla morte ovvero speculazioni del puro intelletto (...) Questo diritto sussiste in ogni fase dell'esistenza umana. La decisione del singolo, di porre fine alla propria vita sulla base della propria concezione della qualità della vita e del senso della propria esistenza, è nel momento finale un atto frutto di un'autonoma autodeterminazione che lo Stato e la società devono rispettare» (Rn. 210).

Ed ecco il passaggio successivo, di particolare rilievo ai fini del discorso. Una volta affermato che «il diritto all'autodeterminazione della morte» (*Recht auf selbstbestimmtes Sterben*) – nella forma di un «diritto al suicidio» sulla base di una decisione libera e consapevole – non può essere circoscritto ad una determinata condizione di salute, ad

²¹ Sull'infelice formulazione della fattispecie incriminatrice di cui all'art. 217 StGB e per un esame analitico delle argomentazioni e delle motivazioni della pronuncia della Corte costituzionale tedesca si rinvia ad un mio scritto di prossima pubblicazione.

²² Nella letteratura penalistica tedesca cfr., per tutti, L. EIDAM, *Nun wird es also Realität: § 217 StGB n.F. und das Verbot geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung*, in *medstra*, 2016, 19; S. BRITZKE, *§ 217 StGB in Lichte des strafrechtlichen Rechtsgutskonzeptes. Legimität und Auslegung der Norm*, Zürich, Dike Verlag, 2019, 39 ss.; K. GAVELA, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, Berlin, Heidelberg, Springer, 2013, 7 ss.

²³ Sul punto cfr. le considerazioni, da angoli visuali talvolta divergenti, di L. EUSEBI, *Moriremo di autodeterminazione? Brevi note su BVG 26 febbraio 2020*, in *Cort. supr. sal.*, 2020, 59 ss.; A. MANNA, *Esiste un diritto a morire? Riflessioni tra Corte costituzionale italiana e Corte costituzionale tedesca*, in *disCrimen*, 2020, 12 ss.; A. NAPPI, *A chi appartiene la propria vita? Diritto penale e autodeterminazione nel morire: dalla giurisprudenza della Consulta alla epocale svolta del Bundesverfassungsgericht*, in *Legislazione penale*, 2020, 14 ss.; L. RISICATO, *La Consulta e il suicidio assistito: l'autodeterminazione "timida" fuga lo spettro delle chine scivolose*, in *Legislazione penale*, 2020, 10 ss.

una certa fase della vita o ad una verifica dei motivi del titolare, si riconosce che questi ha «anche la libertà di ricercare aiuto, per tale fine, presso terzi, come pure di recepire simile aiuto, ove sia stato offerto» (Rn. 212).

Insomma, ad avviso della Corte costituzionale tedesca, la decisione *autoresponsabile* di porre fine alla propria esistenza necessita di essere tutelata a trecentosessanta gradi, sia a livello “orizzontale” e dunque senza che si richieda la sussistenza di particolari patologie né di determinate situazioni della vita, sia a livello “verticale” non dovendo essere inibita la possibilità del singolo di chiedere e ricevere aiuto a tal fine²⁴.

Ciò posto, ad avviso del *BVerfG*, il divieto penale introdotto dal § 217 StGB avrebbe in concreto l'effetto di vanificare l'esercizio del «diritto ad una morte autodeterminata» per coloro che intendono ricorrere all'aiuto di terzi nell'attuazione del suicidio (Rn. 216 ss.). Preso atto dell'impossibilità di un'interpretazione costituzionalmente orientata della fattispecie incriminatrice, la Corte ne dichiara l'incostituzionalità (Rn. 337). A tali conclusioni “radicali e sofferte” – sono stati necessari dieci mesi per redigere la pronuncia e votarla all'unanimità – i Giudici di Karlsruhe giungono dopo aver sottoposto il § 217 del StGB a una complessa verifica, che è stata analizzata *funditus* in un mio scritto di prossima pubblicazione.

4. Il baricentro: l'accertamento di una decisione libera e consapevole di richiedere aiuto al suicidio.

Un elemento accomuna le prese di posizione delle due Corti costituzionali, italiana e tedesca: la decisione libera e consapevole di chi richiede l'aiuto al suicidio. In effetti, nella prospettiva radicale del *BVerfG* l'unico requisito sostanziale – a differenza dei quattro previsti dalla Corte costituzionale italiana – per ottenere l'agevolazione al suicidio è la presenza di una volontà “autentica e definitiva”.

A questo punto riprendo la tematica che ho *sempre* considerato *centrale* e che – a mio avviso – non viene affrontata in maniera approfondita nelle pronunce delle due Corti costituzionali e nel dibattito scientifico.

Vale a dire: il diritto all'autodeterminazione di chi richiede assistenza al suicidio non può essere affermato senza una previa e approfondita verifica dei suoi criteri di accertamento²⁵. Il problema è decisivo ed è ineludibile, in via preliminare, il suo esame per

²⁴ In termini molto simili, come detto, è l'impostazione della Corte d'Assise di Milano laddove chiedeva di «rendere penalmente irrilevante l'agevolazione dell'altrui suicidio che non abbia inciso sulla decisione della vittima, a prescindere da ogni riferimento alle condizioni personali del soggetto passivo e delle ragioni del suo gesto» (ord. 14 febbraio 2018), condivisa da TULLIO PADOVANI (*op. e loc. ult. cit.*).

²⁵ Questo aspetto – che ritengo decisivo – non è oggetto di particolare attenzione anche negli studi più articolati ed analitici (v., ad es., la ponderosa opera di G. FORNERO, *Indisponibilità e disponibilità della vita. Una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell'eutanasia volontaria*, Milano,

evitare che la discussione pubblica sia “governata” da premesse assiologiche e da asserzioni apodittiche sul suicidio come fenomeno da prevenire o da tutelare.

In altri scritti²⁶ ho affrontato la questione e ripropongo ora le conclusioni (parziali e provvisorie) cui sono pervenuto.

Non posso neppure accennare alla questione – profonda e ramificata – della “reciproca relazione” tra anima e corpo. Tutti noi comunque sappiamo che esiste un legame tra le “sofferenze dell’anima” e le “sofferenze del corpo”: nell’esperienza concreta non stanno mai in un rapporto di esclusione assoluta.

Dunque, riepilogo in estrema sintesi.

Nei casi “tradizionali” di suicidio caratterizzati dalle *indecifrabili* “lacerazioni dell’anima” ho sostenuto che non sia possibile stabilire o tipizzare criteri sicuri, né identificare soggetti in grado di accertare la “autenticità” di una richiesta di agevolazione al suicidio. Nei casi delineati dalla Corte costituzionale italiana (modellati sulla vicenda Antoniani/Cappato) il corpo assume invece il ruolo di *protagonista* con i suoi diritti – il principio dell’intangibilità della sfera corporea ed il diritto a vivere tutte le fasi della propria esistenza senza subire trattamenti sanitari contro la propria volontà – e i suoi tormenti.

Tale *centralità* delle sofferenze e della condizione del corpo del malato mi hanno condotto ad effettuare considerazioni diverse rispetto a quelle relative alle “tradizionali” tipologie di suicidio indotto dal “male dell’anima”. La sussistenza di presupposti “oggettivi” – l’esistenza di una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psichiche intollerabili al paziente tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale – depone per la possibilità di verificare la libertà di autodeterminazione di una richiesta di assistenza a morire. Siamo in presenza di criteri di accertamento e di una figura in grado di svolgere il procedimento di *verifica*, che non può che essere il medico, magari con l’ausilio di uno psicologo clinico nel caso vi siano dubbi sul pieno possesso delle facoltà mentali della persona malata.

Nella vasta gamma di ipotesi nelle quali, invece, la richiesta di assistenza al suicidio proviene da un malato gravemente sofferente per via di patologie che non richiedono trattamenti sanitari di sostegno vitale suscettibili di essere interrotti – e dunque da un paziente anche non morente, né nella fase finale della sua esistenza – la questione si presenta estremamente complessa. Nelle variegate costellazioni di pazienti con una malattia grave e irreversibile ma in grado di far cessare da soli la propria esistenza mi sono limitato a porre in evidenza le difficoltà inerenti ad un processo di tipizzazione di una

2020, recensita da F. GIUNTA, *Dal dovere di restare al diritto di andarsene. A proposito di un recente studio di Giovanni Fornero*, in *disCrimen*, 2/2020, p. 625 ss.).

²⁶ S. CANESTRARI, *I tormenti del corpo e le ferite dell’anima: la richiesta di assistenza a morire e l’aiuto al suicidio*, in *Il caso Cappato. Riflessioni a margine dell’ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018*, a cura di F.S. MARINI, C. CUPELLI, cit., 2019, 37 ss. (pubblicato anche in *Diritto penale contemporaneo*, 14 marzo 2019); ID., *Una sentenza “inevitabilmente infelice”: la «riforma» dell’art. 580 c.p. da parte della Corte costituzionale*, cit.

decisione libera e consapevole di richiedere un aiuto al suicidio. La verifica di una “lucida” e “stabile” richiesta di avvalersi dell’aiuto al suicidio non può certo dirsi del tutto preclusa, ma appare altamente problematica. In questa galassia governata dall’angoscia ho ragionato con estrema prudenza e cautela, ponendo l’accento su un aspetto che ritengo di fondamentale importanza: la libertà di scelta nelle decisioni di fine vita è presente solamente in un contesto concreto in cui le persone malate possano accedere a tutte le cure palliative praticabili – compresa la sedazione profonda continua – e nel quale siano supportati da una consona terapia medica, psicologica e psichiatrica²⁷.

Il *focus* di questo saggio, come detto, è diverso, al contempo più circoscritto e più esteso. E concerne una questione cruciale: è lecito agevolare il suicidio nei confronti di una richiesta avanzata per ragioni di sofferenza di matrice psicologica o esistenziale – connessa o meno ad un fisiologico decadimento fisico – di una persona non afflitta da gravi condizioni patologiche?

Dalle considerazioni finora svolte dovrebbe apparire evidente il mio pensiero. Nel prossimo paragrafo svilupperò ulteriormente le mie argomentazioni per favorire un dialogo proficuo tra diritto e psicoanalisi.

5. Le ferite dell’anima e gli scenari ambivalenti e insondabili della richiesta di aiuto al suicidio: un dialogo tra diritto e psicoanalisi.

Allo scopo di affrontare le questioni poste dall’aiuto al suicidio nell’ambito di una prospettiva laica e liberale – dove si colloca il mio ragionamento – non è sufficiente affermare che l’accertamento della volontarietà delle scelte deve porsi come priorità assoluta, con l’avvertenza che più la condotta è autodannosa e rischiosa più elevati debbono essere lo *standard* della volontarietà e lo *standard* dell’accertamento.

Non intendo concludere qui il mio discorso e provo ad assumere il compito – che ritengo essenziale nell’ambito di una scienza penale integrata – di “dialogare” con quei campi disciplinari che più direttamente si occupano del suicidio e da cui sarebbe lecito attendersi indicazioni utili. Gli studiosi più rigorosi – medici, psichiatri, psicologi, sociologi, giuristi, filosofi, teologi, bioeticisti – muovono dall’elaborazione di una tassonomia, di una classificazione dei tipi di suicidio. A titolo esemplificativo: suicidio patologico, anomico, non intenzionato/intenzionato/subintenzionato, panico, altruistico, collettivo, egoistico, passivo, cronico, religioso, politico, liberatorio, espiatorio, intellettuale, umanitario, emotivo, razionale, ludico, sentimentale, simbolico, e l’elenco potrebbe continuare, così come potrebbero essere riviste alcune denominazioni a seconda della prospettiva dei diversi autori.

Un’approfondita analisi di queste indagini ci consente, pur di fronte alla varietà delle posizioni e alla molteplicità dei punti di osservazione, di formulare alcune

²⁷ A questo proposito, è mia profonda convinzione che l’indispensabile applicazione, valorizzazione e diffusione dei contenuti e degli istituti previsti dalla legge n. 219 del 2017 – «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento» – possa avere un potente effetto preventivo nei confronti, in generale, delle condotte suicidarie dei pazienti e, in particolare, di moltissime, anche se non di tutte le richieste di assistenza medica a morire.

considerazioni.

Dagli angoli visuali delle diverse discipline la prevenzione del suicidio è una finalità centrale: la maggioranza degli studi sono stati svolti allo scopo di raccogliere informazioni utili a prevenire la condotta suicidaria.

Ciononostante, queste indagini rimangono sostanzialmente "all'esterno" e la loro efficacia è relativa, in quanto anche le disamine più raffinate non riescono a dare conto del coinvolgimento della psiche nella condotta suicidaria. Occorre sottolineare che nella maggioranza dei casi il suicidio ricorre in situazioni umane comuni e non – come sarebbe tranquillizzante pensare – negli psicotici ospedalizzati: ogni suicidio ha il suo particolare, individuale lato d'ombra.

La conoscenza che abbiamo del suicidio è sempre incompleta, ogni definizione netta è prematura, la "comprensione" del suicidio è un problema ma è e rimarrà soprattutto un mistero.

Ciò trova conferma anche nei contributi della disciplina che ha maggiori risorse per ascoltare le sofferenze dell'anima dell'aspirante suicida, cioè la psicoanalisi, la psicologia del profondo: «Un'indagine svolta dalla prospettiva analitica si differenzia da altri tipi di ricerca in quanto non si propone né di condannare né di condonare il suicidio, anzi neppure di esprimere un giudizio ma semplicemente di comprenderlo come un evento della realtà psichica»²⁸.

Tuttavia, anche quando la psicoanalisi abbia l'effetto di prevenire il suicidio – come per fortuna talvolta accade²⁹ – essa non può contribuire a formulare una serie di regole per stabilire se una scelta suicidaria sia realmente libera, a causa dell'unicità e irripetibilità della relazione analitica.

Se il suicidio – letteralmente "uccisione di se stesso" – è un attacco alla vita del proprio corpo, l'unicità della tragedia non può essere sottoposta a verifica. Anche la psicoanalisi non può – né peraltro intende³⁰ – elaborare regole per stabilire quando il suicidio, o "quel suicidio", sia una "chiamata" di un Sé libero e autonomo.

Insomma, reputo non solo difficilmente ipotizzabile un accertamento di una volontà suicida libera ed autonoma, ma non ritengo neppure che esista la figura di un "valutatore", di un "perito", di un "esperto" che sappia valutare l'intensità e la "curabilità"

²⁸ J. HILLMAN, *Il suicidio e l'anima*, Milano, Adelphi, 2020, 121 ss. (la prima edizione è del 1965, mentre la seconda, con *postscriptum* del 1997). Sugli scenari dilemmatici e comunque oscuri di ogni scelta di una morte volontaria cfr., nel solco di una psichiatria fenomenologica e antropologica, le profonde riflessioni di E. BORGNA, *L'attesa e la speranza*, Prima edizione Universale Economica, Feltrinelli, Milano, 2018, 118 ss.

²⁹ «Quando l'impulso alla morte fisica è stato vinto e assorbito dalla sua realizzazione all'interno della psiche» (J. HILLMAN, *op. cit.*, 137) gli psicoanalisti parlano di un'autentica "rinascita" dell'aspirante suicida.

³⁰ Di recente, cfr. G. NARDONE, *Aiutare al suicidio o ad una buona morte?*, in *Biodiritto*, cit.

delle ferite della nostra anima³¹.

Alla luce di queste osservazioni, ritengo che la prevenzione del suicidio sia una finalità assolutamente legittima e del tutto condivisibile. Qui mi limito a ricordare – riguardo a una tematica che deve sollecitare la nostra sensibilità – un importante documento sul suicidio in carcere del Comitato Nazionale per la Bioetica redatto appunto con l’obiettivo di enucleare raccomandazioni per prevenire e ridurre il tragico fenomeno³².

La voce di un giurista penalista in un ordinamento laico e liberale deve esprimersi con chiarezza ed energia anche nella direzione di definire i limiti insuperabili di un’opera di prevenzione. Ancora oggi sono numerosi i casi in cui si ricorre a violenze psicologiche e fisiche nell’ambito di istituzioni mediche e psichiatriche, nonché di residenze per anziani, quando si profila anche un rischio remoto o una mera “minaccia” di suicidio, praticando non di rado forme di contenzione meccanica³³, (fasciature, “legare” al letto o alla sedia) che possono integrare diverse figure di reato.

In una prospettiva preventiva, mi sono allora chiesto se il divieto penale di aiuto al suicidio – inteso in senso tradizionale – possa rappresentare uno strumento efficace. La difficoltà persino di “concettualizzare” un procedimento finalizzato a valutare “l’abnormità” di un gesto definitivo di autoannientamento innescato da un dolore psicologico mi porta a ritenere che nessuno – parenti, amici, conoscenti, soci, “passanti” – abbia la facoltà di facilitare la condotta suicidaria.

L’impossibilità di identificare adeguati strumenti di accertamento per verificare in concreto se la decisione dell’aspirante suicida sia libera, autonoma e responsabile appare, a mio avviso, evidente di fronte alla richiesta – di per se stessa “ambivalente” – “di essere aiutati a suicidarsi” per “spegnere” definitivamente le proprie sofferenze psicologiche. Tali riflessioni mi conducono a condividere la sentenza della Corte costituzionale italiana laddove – a differenza della pronuncia della Corte costituzionale tedesca – si esprime a favore della incriminazione dell’aiuto al suicidio nelle sue forme “tradizionali”³⁴. Un simile

³¹ Cfr. il volume collettaneo R. TATARELLI, M. POMPILI (a cura di), *Il suicidio e la sua prevenzione*, Roma, Giovanni Fiorti Editore, 2008; M. BIONI, A. IANNITELLI, S. FERRACUTI, *Sull’imprevedibilità del suicidio*, in *Rivista di psichiatria*, 2016, 167 ss.; L. PAVAN, *Esiste il suicidio razionale?*, Roma, Magi Ed. Sc., 2009.

³² V. il parere del CNB, *Suicidio in carcere. Orientamenti bioetici* (25 giugno 2010) pubblicato in S. CANESTRARI, *Bioetica e diritto penale. Materiali per una discussione*, 2^a ed., Giappichelli, Torino, 2014, 135 ss.

³³ Cfr. il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, *La contenzione: problemi bioetici* (23 aprile 2015), redatto dalla Prof.ssa Grazia Zuffa e da chi scrive. *L’aumento delle pratiche di contenzione anche farmacologica rischia ovviamente di essere favorita da quegli orientamenti che tendono a configurare una responsabilità degli operatori della salute mentale per atti autolesivi dei pazienti psichiatrici*.

³⁴ Il caso Antoniani/Cappato su cui è “ritagliata” la sentenza della Consulta non è ovviamente riconducibile ad una manifestazione “classica” di suicidio. Anzi: la vicenda di DJ Fabo dovrebbe fare riflettere sull’opportunità di superare, di fronte ad alcune tragiche situazioni, «le trappole semantiche e concettuali legate alla pigra ripetizione del termine suicidio» (v. S. RODOTÀ, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Milano, 2006, 255, nell’ambito di una riflessione generale sulle questioni di fine vita). Fabiano Antoniani voleva «evadere da un corpo fattosi galera» (l’efficace

divieto penale può sopravvivere, peraltro, soltanto nell'ambito di una riforma generale dei delitti contro la vita previsti dal codice Rocco che – intendo ribadire con chiarezza – danno luogo a esiti sanzionatori così intensi da apparire censurabili sotto il profilo della ragionevolezza-proporzione³⁵.

La sentenza del *BVerfG* non propone costanti empiriche indotte con metodo scientifico in grado di modificare la mia convinzione – sorretta da un "dialogo" con la psicologia del profondo – sull'impossibilità di "indagare" e di "valutare" le "ferite dell'anima" alla base di una richiesta di essere "aiutati a suicidarsi". Posta la impossibilità di fondare un giudizio sulla legittimità o meno dell'intervento penale su affidabili riscontri empirici, appare corretto e ragionevole affermare che il divieto penale di aiuto al suicidio possa rappresentare uno strumento utile a fronteggiare i rischi di una lesione ad una libera scelta suicida. È di immediata evidenza che i pericoli sono molteplici, tenendo conto degli eventuali e numerosi "interessi confliggenti" che potrebbero determinare in concreto le condotte di "soggetti terzi" che agevolano il suicidio: da quelli "emozionali" a quelli economici sino, ad esempio, a quelli ereditari. Per ciò che riguarda i destinatari di tale tutela ricorre il richiamo alla categoria delle persone "specialmente vulnerabili" (riproposta anche nella citata sentenza della Corte costituzionale italiana). Sulla base delle considerazioni svolte ritengo preferibile un atteggiamento di cautela nel procedere ad una individuazione dei contesti e delle categorie "più a rischio". Poiché la conoscenza che abbiamo della scelta suicida è comunque assai limitata, ogni classificazione appare parziale: la psiche di ciascuno di noi può contenere un'eterna primavera di crescita e un inverno senza fine di depressione e di disperazione.

PARTE II

6. Il suicidio per la psicoanalisi: la natura relazionale del comportamento autodistruttivo.

In ambito psicoanalitico il comportamento suicidario fu collocato innanzitutto all'interno della vicenda della pulsione aggressiva. Freud si interessa al suicidio, come esito possibile di una malattia depressiva, perché costituisce di per sé un "enigma" dal punto di vista clinico. Infatti, se l'indagine clinica sui pazienti nevrotici e sugli individui

espressione è di A. PUGIOTTO, *Variazioni processuali sul caso Cappato*, in *Forum di quaderni costituzionali. Rassegna*, 2018) dopo che si era sottoposto per anni a trattamenti sanitari e anche a terapie sperimentali motivato da un tenace impulso "a vivere" anziché "a morire".

³⁵ Il codice penale vigente vive "sospeso" tra la matrice nella quale è stato coniato – quella autoritaria del legislatore del 1930 – e l'orizzonte culturale in cui si trova ad operare attualmente: quel progetto democratico, liberale e personalistico che, a partire dall'entrata in vigore della Carta costituzionale, dovrebbe stare alla base dell'interpretazione dell'esistente e ispirare le scelte normative future (sia consentito il rinvio a S. CANESTRARI, *Principi di biodiritto penale*, cit., in partic. 11 ss.).

Sulla mancata riforma del codice penale che contraddistingue l'anomalia italiana si consiglia, anche per i lettori non giuristi, la consultazione del volume *Gli ottant'anni del codice Rocco*, a cura di L. STORTONI, G. INSOLERA, B.U.P., Bologna, 2012: si vedano in particolare le preziose riflessioni di FRANCESCO PALAZZO (pp. 39-57), DOMENICO PULITANÒ (pp. 157-178) e GIOVANNI FIANDACA (pp. 207-255).

“normali” ha permesso di individuare l’esistenza di pulsioni libidiche ed ostili e di ravvisare che il loro equilibrio garantisce l’autoconservazione (che nella teoria precedente veniva ascritta ad una pulsione di base indipendente), è necessario spiegare come l’aggressività possa superare il bisogno naturale di autoconservazione, proprio di ogni essere vivente, fino al punto da essere rivolta totalmente contro di Sé. Egli dice dunque: «L’analisi ci ha spiegato infatti l’enigma del suicidio nel seguente modo: nessuno, forse, troverebbe l’energia necessaria per uccidersi, se innanzitutto in questo modo non uccidesse insieme anche un altro oggetto con cui si è identificato, e se inoltre così facendo non volgesse contro di sé medesimo un desiderio di morte che era prima diretto contro un’altra persona»³⁶.

Invero, è possibile evidenziare due punti salienti nella spiegazione appena riportata: (a) l’identificazione con un “oggetto” (ovvero, in psicoanalisi una persona con cui si ha un potente legame affettivo, dunque oggetto come polo opposto al soggetto in una relazione umana significativa) sia amato che odiato, e (b) un desiderio aggressivo importante (di morte appunto) contro questo medesimo, che subisce una deflessione verso il Sé. Notiamo che nessuno di questi punti per Freud ha a che vedere soltanto con la patologia psichiatrica, ma che in una certa misura riguarda la vita psichica di tutti gli individui, anche quelli sani: né l’ambivalenza affettiva, né l’identificazione, né i desideri di morte sono esclusivi di qualche patologia, quello che cambia è la forza di queste dinamiche che raggiunge nella melanconia un limite estremo, tale da superare appunto l’impulso all’autoconservazione.

Negli autori successivi, in particolare grazie agli apporti dovuti allo studio del bambino, alla psicoanalisi infantile, all’osservazione del neonato ed all’*infant research*, il quadro di riferimento in cui inserire i comportamenti e desideri autoaggressivi è in parte cambiato: nello specifico, è stato osservato che il bambino può rivolgere l’aggressività contro sé stesso fin dalle prime fasi di vita, ma ancor di più che, prima che si costituisca una distinzione stabile nella mente del bambino tra il Sé e l’altro, questo è un comportamento comune.

Si è constatata inoltre una non necessaria correlazione tra comportamenti autolesivi e depressione: la depressione è di per sé una risposta possibile tra quelle presenti nel repertorio umano al dolore psichico³⁷, parimenti l’autoaggressione (quindi anche la tendenza suicidaria) non è sempre motivata da una depressione il cui quadro clinico sia quello descritto da Freud per la melanconia. La depressione si configura piuttosto come il risultato di una disregolazione dell’affettività all’interno di una relazione con gli oggetti primari (primi *care-givers*) non costruttiva e non sufficientemente buona, come una risposta difensiva complessa alle difficoltà psicologiche accumulate nel percorso di separazione-individuazione tra il Sé e l’oggetto. Ci si riferisce qui al fatto osservabile clinicamente, che una consistente percentuale dei suicidi o tentativi suicidari avviene al di fuori della popolazione clinicamente classificata come depressa ed all’interno di una categoria molto più ampia definibile come “borderline”, in momenti di dolore acuto

³⁶ S. FREUD, *Lutto e melanconia - Metapsicologia*, 1915, OSF 8, Torino, Boringhieri, 1976, p. 102-118.

³⁷ Vedi R. SPITZ, *La depressione anaclitica - The Psychoanalytic Study of The Child*, 1946; vedi J. SANDLER, *Note sul dolore, la depressione e l’individuazione*, 1965 da *La ricerca in Psicoanalisi* vol. 1, Torino, Boringhieri, 1980.

o di rottura dell'equilibrio interno, o anche semplicemente in risposta a situazioni stressanti (che vanno a cadere su un tessuto emotivo fragile, e su fragilità delle funzioni di controllo).

Così come la risposta depressiva al dolore è possibile sempre, anche negli individui non affetti da alcuna patologia mentale – si pensi per esempio al lutto normale conseguente alla perdita di una persona cara, che comporta fasi indistinguibili dal punto di vista descrittivo da una depressione, o ancora alle normali risposte depressive alla separazione del bambino piccolo dalla madre o da chi se ne prende cura – così anche la risposta aggressiva e quella autoaggressiva rientrano nel repertorio umano. Anzi, ciò che si osserva clinicamente è che queste risposte vengono automaticamente processate a livello inconscio quasi sempre, quando un dolore si presenta, ma vengono presto inibite nella maggior parte dei casi dalle persone sane, che si disidentificano con tali risposte e ne esplorano rapidamente altre possibili, trovando forme di difesa al dolore più adatte. Ovviamente sia la depressione, che comporta un restringimento della coscienza ed una difficoltà a volte insuperabile a esplorare altre “vie di uscita”, sia altre patologie, in cui la confusione tra il sé e l'altro è importante e la disregolazione affettiva è grave, sono molto più esposte all'uso di tali risposte disfunzionali al dolore.

Quello che però accomuna tutti i casi sopra citati è il fatto che non mancano mai due fattori essenziali in un episodio di suicidio o nell'ideazione suicidaria che porta alla progettazione dello stesso, ossia rispettivamente: il dolore psichico e uno scenario interno di relazione tra il Sé e un oggetto di investimento affettivo, anche quando questo oggetto è quello, per ciascuno di noi del tutto particolare, costituito dal proprio Sé.

Per agevolare una comprensione puntuale di quanto appena osservato occorre affrontare brevemente la questione di come si sviluppi la mente umana, nella relazione primaria.

7. La natura relazionale della mente umana: breve riferimento alla costruzione del mondo rappresentazionale e del Sé.

Esiste un amplissimo consenso sul fatto che l'individuo umano costruisca le strutture portanti che governano il suo comportamento adulto nelle primissime fasi di vita, soprattutto nei primi due o tre anni, solo ed attraverso una relazione affettiva sufficientemente buona con un altro individuo umano, mediante appunto una relazione oggettuale, che costruisce nel mondo interno un Sé, una certa rappresentazione dell'Oggetto, una certa rappresentazione della relazione desiderata e/o possibile tra le due entità. All'interno di questo percorso nascono anche le matrici inconse del comportamento (l'Inconscio passato), le fantasie ed i desideri inattuabili ma potenzialmente attivi (l'Inconscio presente) e la loro traduzione resa accettabile alla Coscienza dalle deformazioni difensive³⁸.

³⁸ J. SANDLER, *L'Es o il bambino dentro?*, in *Dimensions of Psychoanalysis*, Karnac Books, London, 1989; J. SANDLER e A.M. SANDLER, *L'inconscio passato e l'inconscio presente. Contributo per uno schema di riferimento tecnico*, *The Psychoanalytic Study of The Child*. Vol. 49, 1994; J. SANDLER e

Questo consenso sull'origine relazionale della mente è ormai allargato al di fuori dell'ambito psicoanalitico in senso stretto, ed è anche riconosciuto dalle recenti scoperte delle neuroscienze³⁹, che convalidano da un altro punto di vista la scoperta psicoanalitica del valore costitutivo della relazione. L'io e le sue funzioni, quindi non tanto e solamente la memoria o l'esperienza individuale quanto proprio le strutture che regolano e controllano il comportamento e la psiche, si costruiscono in modo "sociale" fin dall'origine.

Per quanto ci interessa qui di argomentare, ci limiteremo all'osservazione anch'essa clinica del fatto che nessuna fantasia, desiderio inconscio, che siano motivazione al comportamento manifesto sono mai dal nostro punto di vista "solitari": in ogni momento ciò che spinge alle scelte comportamentali ed ai pensieri consapevoli è sempre preceduto da un lungo dialogo inconscio con "gli oggetti interni". Ogni diversa percezione consapevole di Sé e del proprio stato emotivo-affettivo, sia essa fonte di benessere e sicurezza, sia essa dolorosa e ansiogena, è sempre comunque una rappresentazione di una certa forma del Sé in un determinato rapporto con l'oggetto e con una certa coloritura affettiva. Quando stiamo bene quasi non ci accorgiamo, a meno di uno sforzo introspettivo notevole, di questo costante dialogo interno che ci vede negoziare continuamente le nostre fantasie di desiderio con la parte autocritica di noi stessi (un tempo la voce interna del genitore), confrontare il nostro stato attuale reale con gli ideali a cui aspiriamo, rinunciare a desideri e rappresentazioni di sé che entrano in conflitto con altri desideri o rappresentazioni di sé ideali, o con il principio di realtà. Quella che si è appena descritta in termini di dialogo è la dinamica del mondo interno che ci costituisce e ci fa agire di volta in volta trovando diverse mediazioni tra istanze contraddittorie, e con le necessità di adattamento al mondo reale.

Quanto qui affermato non è il risultato di una costruzione teorica astratta, ma la constatazione clinica di quanto accade nella psicoterapia psicoanalitica, dove si vede svilupparsi appieno questo dialogo, grazie alla posizione di "neutralità" partecipante dell'analista, che permette al paziente di esternalizzare su di lui, di volta in volta i "personaggi" di questo "palcoscenico interno"⁴⁰ attraverso il noto fenomeno del transfert (S. Freud)⁴¹. È in questo contesto che dobbiamo comprendere ed inquadrare la richiesta di un aiuto al suicidio, sia essa posta ad un medico, sia essa posta ad una qualsiasi persona della vita del soggetto.

8. Il transfert e la natura della richiesta di aiuto all'interno del rapporto psicoterapeuta-paziente.

A.M. SANDLER, *Una teoria psicoanalitica della rimozione e dell'Inconscio*, in *Recovered Memories of Abuse*, Karnac Books, London, 1997.

³⁹ Vedi V. GALLESE - M. AMMANITI, *La nascita dell'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano, 2014; vedi D. SIEGEL, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.

⁴⁰ J. SANDLER e B. ROSENBLATT, *Il concetto di mondo rappresentazionale da La Ricerca in Psicoanalisi*, vol. 1, Torino, Boringhieri, 1980.

⁴¹ S. FREUD, *Dinamica della traslazione*, 1912, OSF 6, Torino, Boringhieri, 1974; S. FREUD, *Ricordare, ripetere, e rielaborare*, 1914, OSF 7, Torino, Boringhieri, 1975; S. FREUD, *Osservazioni sull'amore di traslazione*, 1914, OSF 7, Torino, Boringhieri, 1974.

Normalmente la richiesta di aiuto al medico o allo psicologo, di fronte al dolore psichico che si può presentare in un certo momento critico della vita, ha una valenza autoconservativa: quello di cui la persona è consapevole, cioè, è solo la propensione, più che ragionevole e sana, ad uscire dalla sofferenza, a liberarsene. Precisiamo intanto che cosa si intende per dolore psichico: infatti è evidente che ogni dolore è “psichico” in quanto esperienza che si può fare solo con un apparato sensorio-percettivo, anche quando il dolore proviene dal soma. Quando non abbiamo la possibilità di ascrivere la sofferenza ad alcuna parte del corpo, tuttavia, siamo propensi a considerarla di origine psichica, ed in questo caso il dolore è percepito come un insieme di emozioni di angoscia, paura, solitudine (trascuriamo qui il caso comunque frequente in cui tali emozioni vengono invece riproiettate sul corpo, attraverso varie forme di conversione o somatizzazione dell’ansia). L’aspetto emergente del dolore sono queste emozioni ed affetti, il suo lato inconscio invece è rappresentato da «una discrepanza incolmabile percepita tra lo stato attuale del Sé e lo stato ideale di benessere»⁴². Come osserva Sandler, non distinguere tra dolore e risposta depressiva al dolore ha portato a molte incongruenze sul piano teorico e clinico: come già detto sopra una delle risposte al dolore può essere la depressione, un’altra anche l’individuazione, come fenomeno positivo di crescita. Ciò che conta ai nostri fini è comunque il fatto che il dolore rappresenta una discrepanza, inconscia, tra una certa immagine di Sé ed uno stato ideale di Sé che non può più essere raggiunto con i mezzi soliti per vari motivi (anche legati ad una malattia, ad esempio, oppure ad un cambiamento di condizioni di vita non necessariamente drammatico). Per fare un esempio illustrativo di come questa esperienza sia universale ed implicita nello sviluppo stesso pensiamo al bambino in crescita: nel suo percorso di individuazione dovrà per forza rinunciare per es. ad una certa relazione desiderata di dipendenza totale dalla propria madre, o di libertà assoluta, e via dicendo, con la conseguenza che quella certa immagine del Sé che precedentemente lo aveva soddisfatto ora non è più in sintonia con le richieste dell’ambiente e con i suoi stessi ideali; il dolore è inevitabile, “normale” e può essere esso stesso una spinta alla ricerca di adattamenti progressivi.

La persona sofferente che si rivolge all’aiuto di qualcuno, tuttavia, non è del tutto consapevole della presenza della “seconda dimensione” della sua richiesta: se infatti il bisogno di liberarsi dalla sofferenza è conscio, non lo è sempre quello sottostante di recuperare in modo regressivo forme precedenti della relazione con l’oggetto. In particolare, per quanto si può vedere dal punto di osservazione della terapia psicoanalitica, i pazienti chiedono sempre di essere liberati soprattutto dalla conflittualità interna: se infatti una soluzione non è più possibile e per vari motivi la persona non riesce a trovarne una nuova, si troverà ad affrontare un penosissimo e doloroso conflitto interno, di cui nulla sa, tra istanze critiche e fantasie regressive, tra soluzioni precedentemente praticate e necessità attuali. Inoltre ogni conflitto ed ogni situazione di sofferenza psichica comportano il riacuirsi dell’ambivalenza originaria: questa ambivalenza è la compresenza di forti sentimenti di amore e odio insieme verso lo stesso oggetto. In altre parole la persona che rassicura e conforta è però anche quella che con il suo allontanarsi crea sofferenza e quindi viene odiata: questo sentimento ambivalente si osserva in tutti i bambini “normali” a partire dalla fine del primo anno di vita. **L’ambivalenza appena descritta è caratteristica anche dei rapporti conflittuali con il proprio Sé:** quando ad esempio, come

⁴² J. SANDLER, *Note sul dolore, la depressione e l’individuazione*, op. cit.

nel caso di certi fallimenti, il Sé viene percepito come deludente, esso stesso può essere odiato proprio perché fonte di dolore. Non occorre che immaginiamo situazioni particolarmente estranee: tutti possiamo aver fatto un'esperienza simile, ad esempio quando ci sentiamo "brutti e disprezzabili" perché malati o sofferenti. In certe patologie narcisistiche questo fenomeno è particolarmente acuto e a volte porta al suicidio. È ad esempio il caso di certi suicidi che seguono all'abbandono in una relazione amorosa, o ad un fallimento professionale, ad un dissesto economico, e così via.

Nel transfert tipico della relazione terapeutica, si può osservare un fenomeno costante. Quale che sia la figura del mondo interno che viene esternalizzata sull'analista, nel corso di questa esternalizzazione il paziente guadagna un punto fondamentale: si libera in parte di questa ambivalenza originaria, poiché nella sua fantasia il disprezzo, il rifiuto, l'aggressività provengono dall'analista e non da una parte del suo mondo interno. L'analista viene piano piano portato a giocare un ruolo attraverso l'induzione del paziente, e con la sua disponibilità emotiva e "rispondenza di ruolo" entra in una relazione che rappresenta sempre una parte dello scenario psicologico interno al paziente. Osserviamo che ciò non accade solo in analisi: l'analisi rende solo più visibile un fenomeno universale, anche nelle relazioni quotidiane è sempre in atto da parte nostra un tentativo di far corrispondere gli altri ad una qualche figura del nostro mondo interno, ottenendo così un soddisfacimento di desiderio rassicurante⁴³.

Cosa accade quando il mondo interno è turbato dalla sofferenza e non riesce a trovare nuovi adattamenti? Si assiste a una pluralità di situazioni diverse. Talvolta si possono creare e mantenere relazioni punitive: è una soluzione apparentemente assurda ma di fatto è adattativa in certi casi. Questo spiega perché ad esempio i bambini maltrattati, abusati si ritrovano spesso da adulti in relazioni abusanti. Non è utile qui passare in rassegna tutte le numerosissime variazioni della psicopatologia, basterà osservare che nella grande maggioranza dei casi c'è un tentativo di portare il conflitto fuori di sé o di far agire l'aggressività agli altri.

Nella richiesta, da parte di persone integre sul piano dell'autonomia, di aiuto al suicidio, non possiamo così che leggere un sostanziale tentativo di coinvolgere l'altro, medico o persona comune che sia, in una relazione di ruolo problematica, che permetta di esternalizzare un polo dell'ambivalenza nei confronti del proprio Sé, fonte di sofferenza. Diverse letture sono senz'altro possibili: ad esempio è possibile che la richiesta abbia a che vedere con una fantasia di annullamento fusionale con una figura potente, che dà la morte, o con il desiderio di liberarsi della colpa collegata alla propria distruttività. Quello che ci preme però di sottolineare è che le ragioni di tale richiesta e le sue motivazioni profonde risiedono nell'inconscio. Né il richiedente, né tantomeno "l'aiutante" possono averne immediata contezza.

Si aprono qui due questioni.

⁴³ J. SANDLER e A. M. SANDLER, *Gli oggetti interni*, cap. 4 "Le relazioni oggettuali e gli affetti", Franco Angeli, Milano, 2002.

La prima, attiene al cosa accadrebbe se in analisi, ad esempio, il terapeuta si lasciasse sempre condurre in una relazione di ruolo aggressiva, senza accorgersene e senza restituirne il senso al paziente. Cosa accadrebbe cioè se mancasse la “postura psicoanalitica”⁴⁴.

La seconda è collegata alla prima e afferisce al cosa accade nella mente dell’aiutante al suicidio che si presta ad eseguire un simile atto aggressivo.

Occorre qui dunque introdurre alcune considerazioni sulla problematicità intrinseca della posizione di chi viene coinvolto in una simile “relazione di ruolo”, così drammatica. La questione è la seguente: è possibile “fare” qualcosa, maneggiando così una relazione in sé stessa difficile da comprendere, prima di averla capita, o si corre il rischio di “agire” (*acting out*) procurando un danno, certamente irreparabile in questo caso?

9. La postura psicoanalitica di fronte alla richiesta di aiuto del paziente.

A circa 120 anni dall’invenzione della psicoanalisi da parte di S. Freud come tecnica di cura, teoria generale della mente e metodo di indagine dei fenomeni psicologici, possiamo contare su una notevole esperienza clinica condivisa ormai da diverse generazioni di psicoanalisti, di diverso orientamento e scuola ma con un atteggiamento comune nel dare importanza ad alcuni punti cardine della disciplina: uno di questi è la centralità della relazione terapeutica e del transfert come elemento euristico fondamentale e quindi di cura. L’esperienza comune e condivisa (è caratteristica di tutte le scuole psicoanalitiche la discussione in gruppo dei casi clinici e l’osservazione sotto la lente di ingrandimento della relazione anche attraverso le reazioni che avvengono nella mente dell’analista) è senz’altro quella che in ogni richiesta di agire, da parte del paziente, qualunque ne sia il contenuto, vi sia un significato che va oltre la consapevolezza immediata del paziente. Ciò attiene alla ricerca di una “rispondenza di ruolo” da parte del terapeuta⁴⁵: il paziente spera che questi possa realizzare attraverso un’“identità di percezione” (Freud)⁴⁶ un desiderio custodito nell’inconscio. Proprio perché inconscio e perché proveniente da una matrice infantile questo desiderio può essere in totale contraddizione con le aspirazioni più mature ed attuali dell’individuo e spesso lo è!

Nella nostra pratica siamo abituati a ricevere implicite richieste assolutamente contraddittorie, induzioni di ruolo decisamente spiacevoli per le persone che ce le porgono, siamo abituati a “cadere in trappole” apparentemente così ben congegnate da chiudere la relazione terapeutica in vicoli ciechi dai quali sembra impossibile uscire. E tutto questo accade ben al di fuori della consapevolezza del paziente, che semplicemente esternalizza le proprie contraddizioni su di noi liberandosi così di un peso fondamentale: quello dei

⁴⁴ G. PIERALISI, *La postura psicoanalitica. Lettura presso la Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica di Ravenna*, marzo 2018.

⁴⁵ J. SANDLER e A. M. SANDLER, *Gli oggetti interni*, cap. 3. “La rispondenza di ruolo”, Franco Angeli, Milano, 2002.

⁴⁶ S. FREUD, *L’Interpretazione dei sogni* - OSF 3, Torino, Boringhieri, 1966.

conflitti interni e dell'ambivalenza affettiva. Sono i conflitti, non la patologia, ad avere il costo psichico più elevato per le persone, pazienti e non: ecco perché sono le persone comuni a soffrire e non certo solo gli psicotici ricoverati a suicidarsi.

Quasi tutte le scuole concordano su una linea di condotta per gestire il transfert: quella di lasciarsi coinvolgere solo su un piano "mentale-affettivo" quanto basta per potersi identificare col paziente e per averne una "introspezione vicariante" o empatia⁴⁷, per poter leggere il paziente, **ma di non agire**.

È poi da notare che all'agire una netta aggressione verso il paziente ostacolano diverse comprensibili inibizioni nella mente del terapeuta, radicate in quasi tutti noi e certo diffuse in chi fa dell'aiutare gli altri la propria professione. Tuttavia sappiamo bene che la spinta ad agire aggressivamente, in modo magari mascherato, verso certi pazienti può essere davvero forte e la corretta "postura psicoanalitica" consiste proprio in un atteggiamento che riesca a rimanere accogliente non denegando tali spinte ma osservando dentro di sé e parlandone col paziente al momento opportuno.

A mio avviso questa problematicità può in qualche modo illuminare l'argomento qui trattato, cioè cosa significhi e come gestire una richiesta di aiuto al suicidio in una persona in sé autonoma e potenzialmente capace di compierlo. Ci si deve domandare alla luce di quanto finora ripercorso: per quale motivo in un caso così grave dovremmo, come uomini comuni, mettere in campo una cautela ancora minore di quella che come psicoterapeuti usiamo al riparo dei nostri studi, dove il rischio è tutt'al più quello di un maltrattamento verbale?

Ritengo probabile che nella realtà si incontrino "rispondenze di ruolo" ben meno attrezzate di quelle degli psicoterapeuti e pronte, per motivi e valenze interne le più svariate, ad agire anche atti così distruttivi, e credo che sia la storia, sia la psicologia sperimentale, nonché l'osservazione comune lo dimostrino abbondantemente.

Inoltre, a chi dovrebbe competere l'accertamento della "libera volontà" di suicidarsi, se nemmeno il più esperto degli psicoterapeuti potrebbe a ragione affermare di conoscere una volta per tutte l'intendimento libero da conflitti del proprio paziente? Come si è cercato di dimostrare sopra, è del tutto improbabile che tale libertà da conflitti nemmeno esista.

È certo tuttavia che gli intenti suicidari molto spesso si realizzano, così come si realizzano tante scelte fatte dagli uomini nel corso della vita. Vediamo dunque cosa può suggerire la psicoanalisi intorno al problema della libertà di scelta.

10. Brevi cenni sul problema della libertà.

In linea di massima si intende sufficientemente dimostrata la libertà di una decisione quando non vi siano implicate costrizioni esterne, siano esse di natura fisica o

⁴⁷ H. KOHUT, *Introspezione ed empatia. Raccolta di scritti (1959-1981)*, Torino, Boringhieri, 2003.

morale. Lascio qui volutamente da parte il problema di determinare quanto siano libere le decisioni di individui dichiaratamente malati psichici, con un visibile deficit nella percezione della realtà.

Con la scoperta dell'Inconscio si introduce una nuova categoria di "esterno", che non è certo esterno all'individuo, tuttavia lo è se consideriamo l'individuo solo come coincidente con la sua Coscienza. È una disputa filosofica che affrontò anche Freud, quando con la pubblicazione della "Psicopatologia della vita quotidiana" (1901), nel teorizzare il "determinismo psichico" cercò di rispondere alle obiezioni dei filosofi che gli facevano notare come questo fosse in contraddizione con il libero arbitrio.

Freud faceva acutamente notare che di fatto, quando si tratta di prendere decisioni importanti per la nostra vita, più che richiamarci al libero arbitrio, che rivendichiamo solo per le banalità quotidiane, ci richiamiamo "alla nostra natura" o a "una forza interiore" che ci ha spinti o "al nostro carattere". Riporto di seguito le sue parole, molto belle:

«Contro l'ipotesi di un totale determinismo psichico, molte persone, come è noto, si richiamano a un particolare sentimento di convinzione dell'esistenza di un libero arbitrio. Questo sentimento esiste e non cede anche di fronte alla credenza nel determinismo e, come tutti i sentimenti normali, deve essere giustificato da qualche cosa. Esso però, a quanto io possa osservare, non si manifesta nelle grandi e importanti decisioni della volontà; in queste occasioni anzi si ha piuttosto il senso della necessità psichica, che volentieri si invoca ("Qui sto io, non posso fare diversamente"). Invece proprio nelle decisioni indifferenti, poco importanti, si vorrebbe asserire che si sarebbe potuto agire anche in modo del tutto diverso, che si è agito con volontà libera, non motivata. Secondo le nostre analisi non occorre affatto negare il diritto di questo sentimento di convinzione di avere una volontà libera. Introducendo la distinzione tra motivazione cosciente e motivazione inconscia, il sentimento di convinzione ci informa che la motivazione cosciente non si estende a tutte le nostre decisioni motorie. Minima non curat praetor. Ma quel che in tal modo è lasciato libero da una parte, riceve la sua motivazione dall'altra parte, dall'inconscio, cosicché la determinazione nella psiche non presenta lacune»⁴⁸.

L'osservazione è interessante: sembra che, diversamente da come pensano i filosofi del libero arbitrio, la percezione comune della propria libertà non abbia a che vedere con l'assenza di costrizione, infatti siamo propensi a considerare che le forze interiori che ci spingono a prendere decisioni anche scomode siano del tutto compatibili con la nostra "libertà". È piuttosto quando potremmo fare una cosa e anche il suo contrario, che vogliamo considerarci liberi, e qui Freud dimostra che al contrario siamo sempre spinti da un motivo interno.

Forse semplicemente l'assenza totale di motivazioni interne costringenti o meno, la totale libertà intesa come arbitrarità nelle scelte in psicologia non esiste, così come non esiste sempre ed in ogni momento la perfetta e completa consapevolezza delle proprie motivazioni, di cui una larga parte restano inconsce. Pensare di chiedere ad un aspirante suicida quanto si senta libero da costrizioni, interne o esterne, nella propria determinazione appare paradossale, poiché tuttalpiù si sentirà costretto in un vicolo cieco

⁴⁸ S. FREUD, *Psicopatologia della vita quotidiana*, 1901, OSF 4, Torino, Boringhieri 1970.

dal quale non pensa di poter uscire, a maggior ragione se la richiesta di agire l'atto aggressivo è posta ad un altro.

Possiamo piuttosto constatare, sempre limitatamente al nostro singolare punto di osservazione, la stanza dell'analista, che quando dopo un lungo sforzo le persone vengono aiutate a comprendere appieno la natura conflittuale del loro disagio, sperimentano un grande sentimento di libertà. Questa nuova libertà spesso viene descritta come il saper vedere in sé e negli altri "molto di più", quindi anche come un allargamento della consapevolezza.

Infine vale la pena di ricordare che per ottenere questa nuova "libertà" il terapeuta ha "fatto" ben poche cose, dunque ha volutamente rinunciato ad un ruolo onnipotente astenendosi dall'interferire nella vita del paziente: al contrario terapeuta e paziente hanno dovuto insieme affrontare la limitatezza dell'azione psicoterapeutica accettandone i ristretti confini.