



Depressione e desiderio di morte



Uno dei problemi clinici più complessi in psichiatria riguarda la predizione e la prevenzione del comportamento anticonservativo, in cui la morte è conseguente ad un atto della vittima, consapevole delle conseguenze del proprio comportamento.

Risponde
Salvatore
Di Salvo,
psichiatra,
presidente
Associazione
Ricerca
Depressione
corso
Marconi 2,
Torino -
011.6699584
www.
depressione-
ansia.it
• **Mandate**
le vostre
domande
alla rubrica
«Il male
invisibile»:
redazione@
vocetempo.it.

Nel sesso maschile il suicidio ha frequenza tripla rispetto alle donne. L'incidenza del suicidio tende ad aumentare con l'età: negli ultra 65enni è molto più alta rispetto alla popolazione generale e negli ultra 75enni è almeno tripla rispetto a quella dei giovani.

Il matrimonio sembra conferire una relativa «protezione» nei confronti del suicidio: le persone che non si sono mai sposate (*single*) registrano una percentuale quasi doppia rispetto ai coniugati.

L'ideazione suicida è presente in due pazienti depressi su tre. Si sviluppa lentamente: nelle fasi iniziali del disturbo il depresso ritiene che la vita sia un fardello e che non valga, perciò, la pena di essere vissuta. Successivamente inizia a desiderare di addormentarsi e non svegliarsi più, di morire accidentalmente o di rimanere ucciso in un incidente stradale. In questa fase manca la progettazione vera e propria, premessa necessaria per la messa in atto e i desideri di morte sono affidati al fato. Nei casi più gravi, invece, le condotte autolesive sono lucidamente programmate con piani minuziosi fino alla loro realizzazione. La convinzione che non esista possibilità di trovare aiuto e la perdita di speranza portano il depresso a concepire il suicidio come unica liberazione dalla sofferenza. Va detto che la determinazione a porre fine alla propria esistenza deve essere talmente forte da superare la forza dell'istinto di conservazione, a volte ultimo baluardo difensivo nei confronti della messa in atto del suicidio.

In alcuni casi può essere messo in atto il cosiddetto «suicidio allargato»: il paziente, prima di togliersi la vita, uccide le persone più care, in genere i figli, con lo scopo di preservarli dalle sofferenze della vita, dalla tragedia dell'esistenza.

La valutazione del rischio di suicidio è molto importante perché da essa dipende la possibilità di effettuare una terapia farmacologica ambulatoriale o la necessità di optare per un ricovero. In Italia sono circa 4 mila le persone che ogni anno si tolgono la vita. Non vanno, inoltre, dimenticati i frequenti tentativi di suicidio che non hanno lo scopo reale di porre fine alla propria esistenza, ma che sono una sorta di disperata richiesta di aiuto alle persone vicine o, più in generale, al mondo e che spesso sono erroneamente interpretati come gesti teatrali dettati dal desiderio di essere al centro dell'attenzione.

Le patologie psichiatriche in cui sono più frequentemente presenti tentativi di suicidio sono i disturbi maggiori dell'umore (depressioni maggiori e disturbi bipolari) e l'abuso di alcool.

Ai disturbi dell'umore spetta una posizione largamente prioritaria, interessando tra il 65 e il 90% dei suicidi. La stragrande maggioranza delle persone che muoiono per propria mano soffre, quindi, di un disturbo depressivo ed è appropriato affermare che metodi efficaci di trattamento e prevenzione dei disturbi depressivi agiscono anche sull'incidenza dei comportamenti anticonservativi.

Nella psichiatria contemporanea le modalità principali di trattamento sono la psicoterapia e i trattamenti con farmaci antidepressivi. Entrambi i tipi d'intervento sono efficaci sia usati singolarmente sia in combinazione e sono quindi anche efficaci per ridurre e prevenire il comportamento anticonservativo.

Salvatore DI SALVO