Suicidio

Dal punto di vista psichiatrico, il **suicidio** può essere considerato come la risposta dell’uomo alla mancanza di significato del suo vivere, essendo dettato da diversi moti emotivi coscienti ed incoscienti, ed esprime una fuga dall’angoscia, ritenuta intollerabile.

Il suicidio è un’urgenza psichiatrica, per cui da un punto di vista medico l’obiettivo consiste nella riduzione o nella rimozione delle cause e nel creare delle prospettive alternative di fuga, sia questa reale o psicologica.

Il suicidio costituisce quindi la conclusione di numerosi disturbi psichiatrici, ma quello in cui si osserva più comunemente è la **depressione**, infatti il paziente depresso si suicida nel tentativo di liberarsi da una condizione che sente altrimenti di non poter modificare, cioè è convinto di non poter guarire e nella morte pensa di trovare l’unica cosa che possa porre fine alla propria sofferenza. Inoltre, in alcuni casi (soprattutto quando nella depressione predominano dei forti sensi di colpa), il suicidio può assumere una connotato di espiazione, come una sorta di purificazione e riparazione per le proprie colpe. Il **tentativo di suicidio** compare in genere nella fase di remissione iniziale, quando permane ancora una forte angoscia, ma il paziente recupera un discreto grado di pianificazione ed ideazione, per cui soprattutto in questa fase non si deve tralasciare il rischio di suicidio, soprattutto se sono presenti degli elementi predisponenti come i sentimenti di colpa, l’ipocondria grave, la perdita di controllo o i precedenti tentativi di suicidio. Altri elementi che possono giocare un ruolo nella predisposizione al suicidio sono poi le incomprensioni da parte della famiglia, la presenza di una grave patologia organica e le difficoltà finanziarie e sociali rilevanti.

Negli **schizofrenici**, invece, il tentativo di suicidio è un evento di difficile previsione, ed è del tutto incomprensibile, attuandosi peraltro con modalità inconsuete, manifestandosi principalmente nella fase iniziale dell’acme dell’esperienza catastrofica o nella fase di remissione, cioè quando il paziente diventa in parte consapevole della propria condizione.

In caso di tentativo di suicidio, inoltre, si devono stabilire le **modalità** **adottate dal soggetto**, il **tipo di eventuali strumenti lesivi usati**, la **gravità delle lesioni**, la **minaccia di un’azione lesiva ritardata**, il **tipo di paziente** ed i **precedenti psicopatologici**.

Nella maggior parte dei casi si opta in genere per il ricovero tempestivo, anche se in altri casi si può optare per una terapia a domicilio, comunque con visite frequenti se il paziente è cooperante. Pazienti molto a rischio sono poi gli **uomini** **anziani** al di sopra dei 75 anni, in cui il suicidio fa spesso seguito ad un evento di vita traumatico, che il paziente non riesce ad accettare o a metabolizzare, anche se negli ultimi anni si è assistito ad un aumento dell’incidenza del suicidio negli adolescenti.

Esiste poi una classificazione del suicidio, proposta alla fine dell’800 da Emile Durkheim, in base alla quale si possono distinguere:

* **Suicidio Egoistico**, cioè una condizione in cui l’individuo è scarsamente integrato nel contesto sociale, tende all’isolamento e quindi all’individuazione, e questo porta ad una condizione di egoismo affettivo.
* **Suicidio Altruistico**, che è l’opposto del suicidio egoistico, cioè in cui vi è una scarsa individualizzazione che porta poi all’identificazione nel gruppo.
* **Suicidio Anomico**, che si caratterizza per un cambiamento drastico, drammatico delle condizioni sociali, che può portare l’individuo a commettere suicidio, ad esempio a seguito di crolli economici e o dissesti finanziari importanti nell’ambito della società, e l’individuo si sente praticamente abbandonato dalla società.

È molto importante, inoltre, distinguere tra **tentativi di suicidio completi**, in cui c’è l’intenzionalità a morire, e **tentativi incompleti**, in cui si ricerca invece aiuto o attenzione dagli altri; quest’ultimo tipo è caratteristico dei disturbi di personalità di cluster B, soprattutto il DP borderline, mentre negli anziani sono più comuni i tentativi indiretti, come il non assumere più i farmaci, o non seguire in maniera adeguata il trattamento.