

# Depressione e rischio suicidario

*I pazienti con un disturbo depressivo maggiore presentano un elevato rischio suicidario. Il rischio di suicidio dovrebbe essere valutato all'inizio e durante il periodo di trattamento. Se il paziente presenta ideazione suicidaria, volontà di suicidio o un piano preciso in questo senso, è necessaria una stretta sorveglianza. Anche con la massima attenzione possibile, una piccola percentuale di pazienti con disturbo depressivo maggiore compirà probabilmente il gesto suicida*

**Ferdinando Pellegrino**

*Psichiatra, Psicoterapeuta, DSM Salerno*

**Francesco Franza**

*Psichiatra, Casa di Cura Villa dei Pini  
Avellino*

**S**ono alcune delle caratteristiche cliniche specifiche che influenzano il piano di trattamento secondo le Linee guida per il trattamento del disturbo depressivo maggiore dell'American Psychiatric Association (APA, 3th, 2010). Queste devono far riflettere sulla necessità di prendere sempre in considerazione il rischio suicidario in un paziente depresso, anche se non espressamente manifesto. La complessità del tema in oggetto ci consente di estrapolare alcune problematiche utili per la comprensione del fenomeno:

- il vissuto di inutilità, la mancanza di progettualità, il senso di "vuoto interiore"
- la conflittualità familiare, il desiderio di "vendetta" e la "rabbia" nei confronti degli altri
- il disadattamento sociale
- la perdita di entusiasmo e il vissuto di tristezza associato ad una visione pessimistica della vita.

Il suicidio nel contesto dei disturbi dell'umore appare pertanto legato alla storia del soggetto, alle sue relazioni genitoriali e sociali, alle sue problematiche lavorative ed affettive, alla natura, gravità ed evoluzione stessa del disturbo depressivo. I disturbi dell'umore rappresentano le patologie psichiatriche più frequentemente associate al suicidio; fino al 15% degli individui affetti da un disturbo depressivo muore infatti per suicidio, mentre molti altri lo tentano. Dal punto di vista clinico appare, pertanto, importante collocare nella giusta posizione nosografica il sintomo depressivo, facendo attenzione ad inserirlo nel contesto storico del

paziente (spesso il suicidio appare come l'atto conclusivo di una lunga, anche inconsapevole, preparazione interiore) e delle sue caratteristiche di personalità. Questo perché la depressione del tono dell'umore è presente anche in disturbi psichiatrici non appartenenti ai disturbi dell'umore propriamente detti, disturbi peraltro di frequente osservazione in medicina generale.

Il clinico deve considerare, quindi, le seguenti opzioni diagnostiche, tutte correlate ad un aumentato rischio suicidario:

- disturbo dell'adattamento con umore depresso
- disturbo acuto o post-traumatico da stress
- disturbi depressivi
- disturbi bipolari.

Nel primo caso si tratta di un'entità clinica molto diffusa e caratterizzata dall'insorgenza di un quadro depressivo (ma spesso si associano sintomi dello spettro ansioso e/o turbe comportamentali) conseguente ad "uno o più fattori psicosociali stressanti identificabili", come la fine di una relazione sentimentale, la presenza di difficoltà economiche, la comparsa di problemi familiari o lavorativi.

I sintomi in genere compaiono entro 3 mesi dall'insorgenza della condizione stressante, appaiono come una reazione "eccessiva" rispetto a ciò che ci si potrebbe aspettare da un soggetto normale in analoghe situazioni e compromettono in modo significativo la funzionalità globale del soggetto stesso. Il disturbo dell'adattamento è molto frequente nella pratica clinica e richiede la massima attenzione da parte del medico.

Nel caso invece del disturbo acuto da stress e del disturbo post-traumatico da stress i sintomi seguono un fattore traumatico estremo "che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce alla propria integrità fisica o a quelle di persone a cui si è affettivamente legati". In queste situazioni possono essere presenti sintomi "di infelicità e disperazione" tali da soddisfare il criterio per la diagnosi di un grave episodio depressivo.

I disturbi depressivi comprendono quadri clinici variegati in cui l'elemento distintivo è rappresentato dalla diversa gravità dell'abbassamento del tono dell'umore unitamente alla compromissione della funzionalità del soggetto. Il più frequente di essi è rappresentato dalla distimia, una condizione depressiva tendenzialmente cronica, che può avere anche un esordio precoce (prima dei 20 anni) e che comporta anche la presenza di sintomi come scarso appetito, alterazioni del sonno, astenia, bassa autostima, difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni, sentimenti di disperazione. Tale condizione, spesso sottovalutata, espone il soggetto allo sviluppo di quadri clinici di maggiore severità (si stima che ogni anno circa il 10% degli individui con solo disturbo distimico andranno incontro ad un episodio depressivo maggiore) e lo rende particolarmente vulnerabile a condotte compensative (abuso di alcolici, eccessivo fumo di sigarette...) o impulsive.

L'episodio depressivo maggiore rappresenta invece il disturbo depressivo per eccellenza; esso si caratterizza per la presenza di un quadro depressivo con:

- umore depresso
- marcata diminuzione di interesse o piacere per la realtà circostante

- perdita di peso
- disturbi del sonno
- agitazione o rallentamento psicomotorio
- affaticabilità
- sentimenti di colpa
- scarsa concentrazione
- pensieri ricorrenti di morte
- ideazione suicidaria.

Esso colpisce spesso per la drammaticità con cui può manifestarsi, per l'intensità e gravità dei sintomi e per la possibile presenza di manifestazioni psicotiche come deliri e allucinazioni. In questi casi viene richiesta un'attenta sorveglianza e in casi particolarmente seri può rendersi necessario il ricovero, anche coatto, in reparti specializzati.

L'intervento farmacologico deve essere tempestivo, adeguato ed incisivo, considerando l'alto rischio suicidario soprattutto nelle prime fasi della malattia; tale trattamento deve protrarsi per un tempo sufficientemente lungo e diretto sotto stretto controllo medico.

Tuttavia la sorveglianza non deve venir meno neanche quando il paziente comincia a migliorare: in queste circostanze, infatti, può trovare le forze per mettere in atto il proposito suicidario.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per i disturbi bipolari che sono caratterizzati dall'alternarsi di episodi depressivi con episodi ipomaniacali e/o maniacali; anche in questi casi si rende necessario un monitoraggio continuo del quadro clinico ed un trattamento stabilizzante che consenta la prevenzione di nuovi episodi. Non è possibile a tutt'oggi prevenire il suicidio; è possibile invece curare la depressione nella molteplicità delle manifestazioni cliniche.

È importante tuttavia porre attenzione ai fattori di rischio. Dal punto di vista clinico il rischio di suicidio

è, infatti, più elevato nei depressi che presentano:

- manifestazioni psicotiche
- storia di precedenti tentativi di suicidio
- storia familiare di suicidio
- uso concomitante di sostanze, come alcol e droghe
- non adesione al trattamento terapeutico
- mancanza di reale supporto familiare e sociale.

L'impegno del medico di medicina generale può quindi indirizzarsi al riconoscimento della depressione e al suo trattamento; la formazione di una rete di collegamento con la psichiatria territoriale consente di avere un supporto decisionale e di selezionare i pazienti che necessitano di una consulenza specialistica.

#### ► **Quando e perché chiedere la consulenza psichiatrica**

- Il paziente presenta una sintomatologia depressiva grave
- È associata ideazione suicidaria
- Comorbidità di una elevata componente ansiosa
- Presenza di disturbi che fanno sospettare la concomitanza di contenuti psicotici
- Diagnosi differenziale con disturbi di personalità, disturbi d'ansia e disturbi psicotici
- Il paziente vive da solo o ha una scarsa assistenza familiare e sociale
- Predominano le ruminazioni ossessive sul proprio presunto vissuto fallimentare
- Necessità di intraprendere una terapia antidepressiva complicata da difficoltà gestionali

#### ■ **Per approfondire**

Pellegrino F, Franza F, Marchese V, Il suicidio, clinica e responsabilità professionale, Mediserve (2013)