

Tossicodipendenza e suicidio:
Indagine conoscitiva sui fattori di rischio suicidario

L. Di Furia, M. Pizza, F. Cavarzeran

Lucia Di Furia, Medico

Milena Pizza, Psicologo

Fabiano Cavarzeran, Statistico

Parole chiave: tossicodipendenza, suicidio, fattori di rischio suicidario

Key words: drug dependance, suicide, suicide risk factors

Indirizzo: Lucia Di Furia, Medico Dirigente

Responsabile Unità Funzionale Epidemiologia Osservatorio e Trattamento Patologie Correlate

Dipartimento per le Dipendenze di Padova

Ospedale dei colli,

Via dei colli, 4

35100 Padova

tel. +39 049 821 6044/6018

fax +39 049 821 6948

e mail: difuria@cbft.unipd.it

RIASSUNTO

Nel presente studio, condotto presso il Dipartimento per le Tossicodipendenze di Padova, si è indagato il rischio di suicidio nei pazienti dipendenti da sostanze psicoattive attraverso la valutazione e l'analisi della condizione di vita di questi pazienti e in particolare della loro condizione psichica.

Metodo: il rischio di suicidio è stato quindi indagato attraverso la somministrazione del questionario EuropASI (European Addiction Severity Index), utile sia per valutare il grado di tossicodipendenza che per ottenere dati inerenti le problematiche psichiche, mediche familiari e sociali, così come sono percepite dall'utente, e dell'intervista semistrutturata CIDI-C (Composite International Diagnostic Interview) utile alla verifica della presenza di comorbidità di diagnosi di Asse I secondo il DSM IV.

Risultati: I risultati rivelano la presenza di pensieri suicidari e di tentati suicidi, quest'ultimi sono significativamente associati ai primi ($p=0.001$); i problemi psichici risultano significativamente più gravi ($p=0.001$) tra coloro che riportano pensieri suicidari seri. Risultano inoltre statisticamente significative le associazioni tra pensieri suicidari e depressione ($p=0.021$), allucinazioni ($p=0.007$), comportamento violento ($p=0.002$) e necessità di assunzione di farmaci per problemi psicologici ($p=0.002$). Anche il livello di preoccupazione dei pazienti per i problemi di tipo psicologico e l'importanza di ricevere un trattamento per gli stessi risultano essere associati in maniera significativa ai pensieri suicidari ($p=0.001$, $p=0.003$).

Conclusioni: Il presente studio conferma i dati di letteratura circa i fattori di rischio per il suicidio. In particolare risultano significative le associazioni con il profilo di gravità dei problemi psichici, i problemi relativi all'ansia e all'umore così come riferiti dai pazienti (EuropASI) e confermati per mezzo della CIDI-C. Nonostante i dati raccolti dalla nostra indagine preliminare non consentano di giungere a conclusioni definitive, tuttavia devono spingerci a riflettere sulla necessità di conoscere meglio i rischi che tali pazienti corrono, gli specifici fattori di vulnerabilità presenti e sull'importanza di trattare questi pazienti in maniera integrata, ossia con interventi multidisciplinari che mirino a ridurre il rischio di suicidio.

SUMMARY

This project, conducted at the Department for Addiction in Padova, studied the risk of suicide in psychotropic drug's addicts, through the evaluation and analysis of their life conditions and in particular, of their psychological condition.

Method: the results of this study come from the administration of both the EuropASI questionnaire and the semi-structured CIDI-C interview.

The EuropASI (European Addiction Severity Index) questionnaire proved to be helpful in confirming the addiction rate and to obtain information about psychological diseases. The CIDI-C (Composite International Diagnostic Interview) was able to verify the presence of "diagnosis' *comorbidita'*" of Level I according to the DSM IV.

Results: the results state out the presence of suicidal thoughts and attempts which are also meaningfully related ($p=0.001$). Psychological diseases are substantially more serious ($p=0.001$) among patients who reported severe suicidal thoughts. In addition to that, the association between suicidal thoughts and depression ($p=0.021$), hallucinations ($p=0.007$), violent behavior ($p=0.002$) and the need of medical treatment to cure psychological diseases ($p=0.002$) is also statistically important. Even the patients' anxiety about the problem of psychological nature, together with the importance of relevant treatments, are related to the suicidal thoughts ($p=0.001$, $p=0.003$).

Conclusions: this project confirms the results obtained by the earlier literature about the suicidal risk's factors. Moreover the importance of the relationship with grave psychological diseases are themselves a matter of interest. Although the results of our preliminary inquiry do not consent to reach definitive conclusions, all the same they have to push us to reflect about the need of better understanding the risks our patients take, their vulnerability and the importance of a complete treatment that reduces the risk of suicide.

INTRODUZIONE

Il suicidio nei pazienti dipendenti da sostanze psicoattive è materia di difficile indagine a causa delle difficoltà di reperimento di fonti attendibili. Qualche dato in più si può ottenere da indagini svolte su pazienti che hanno tentato il suicidio.

A tal proposito è doveroso specificare che la letteratura è solita indagare l'area in oggetto con l'utilizzo di un modello retrospettivo, nel presente studio si è tentato di approfondire il rischio di suicidio con un modello trasversale, attraverso la somministrazione e l'interpretazione del questionario EuropASI-European Addiction Severity Index.

Il suddetto test, che è utile per valutare il grado di tossicodipendenza, e che fornisce contestualmente dati inerenti le problematiche psichiche, mediche familiari e sociali, così come sono percepite dall'utente, è stato somministrato agli utenti del Dipartimento per le Tossicodipendenze di Padova con lo scopo di valutare il rischio di condotte suicidarie, dando per certa l'associazione tra idee suicidarie e forte rischio di un futuro comportamento suicidario come già riferito dalla letteratura (Mino A, Bousquet A, Broers B, 1999). I pazienti sono stati quindi sottoposti ad una intervista semistrutturata CIDI-C- (Composite International Diagnostic Interview) allo scopo di verificare la presenza di comorbidità di diagnosi di Asse I secondo il DSM IV; la doppia diagnosi costituisce infatti uno dei maggiori fattori di rischio di suicidio attualmente riconosciuto (Cate-Carter TD, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL, 2003); (Dalton EJ, 2003); (Ten Have M, Volleberg W, Bijl R, Nolen WA, 2002); (Welch SS, Linehan MM, 2002); (Van den Bosch LM, Verheul R, van den Brink W, 2001); (Driessen M, Veltrup C, Weber J, John U, Wetterling T, Dilling H, 1998); (O'Boyle M, Brandon EA, 1998).

MATERIALI E METODI

Sono stati inclusi nello studio tutti gli utenti dei Ser.T. che si sono rivolti al Servizio territoriale nel periodo dal gennaio 2002 al gennaio 2003 e che rispettavano i seguenti criteri di inclusione e di esclusione.

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi nello studio gli utenti dei Ser.T. di età compresa tra i 18 e i 65 anni; tutti i nuovi utenti, e i pazienti ad un rientro nella struttura dopo almeno tre mesi dalla fine o dall'eventuale abbandono del trattamento terapeutico precedente. La collaborazione richiesta al paziente è stata siglata dalla firma del

consenso informato.

Criteri di esclusione

Sono stati esclusi tutti i pazienti che non rispettavano i criteri succitati, i pazienti con gravi disturbi cognitivi e/o affetti da patologie che potessero compromettere l'affidabilità del test. In ultimo, per motivi etici, non sono stati testati i pazienti che presentavano disturbi ingravescenti e condizioni cliniche scadute.

Strumenti di valutazione

Primariamente è stata somministrata l'intervista EuropASI per la valutazione del grado di tossicodipendenza e delle problematiche psichiche, mediche e sociali così come percepite dall'utente. Successivamente, atteso che i pazienti si fossero stabilizzati da almeno due settimane e che comunque non avessero segni e sintomi di astinenza ed intossicazione, è stata somministrata l'intervista semistrutturata CIDI-C allo scopo di verificare la presenza di comorbidità di diagnosi di Asse I secondo il criterio di classificazione DSM-IV.

Analisi statistica

I dati sono stati raccolti direttamente su database computerizzato mediante interfaccia grafica strutturata delle interviste. I dati sono stati successivamente estratti per l'elaborazione statistica. Questa è stata condotta secondo i consueti metodi previsti per l'analisi descrittiva nell'ambito delle frequenze (medie, deviazioni standard, tabelle di frequenza e percentuali). L'informazione circa la presenza di pensieri suicidari seri relativi all'ultimo mese è stata poi incrociata con molte delle variabili rilevate e le frequenze riportate in tabelle di contingenza al fine di evidenziare specificità e tendenze del fenomeno in esame generando, talvolta, ulteriori ipotesi che saranno oggetto di successive indagini. I confronti delle frequenze relative tra i due gruppi con e senza pensieri suicidari seri negli ultimi 30 gg. sono stati condotti mediante test statistico chi-quadrato con livello di significatività α del 5%. Tutte le elaborazioni sono state effettuate mediante software statistico SAS® su Personal Computer.

RISULTATI

Analisi descrittiva EuropAsi e CIDI-C

Dei 110 pazienti afferenti al Ser.T. e rispondenti ai criteri di inclusione/esclusione, 91 hanno completato l'intervista EuropASI e di questi 61 anche l'intervista CIDI-C.

Il rapporto maschi femmine è di 72 a 19. L'età media del campione è di 32 anni (DS=9 anni). Relativamente al titolo di studio il 58.2% dei pazienti è in possesso di un titolo di studio inferiore agli otto

anni. La maggior parte dei pazienti (95.6%) è non coniugato e il 56.7% ha un'occupazione a tempo pieno (vedi Tab. 1).

Tab.1 EuropAsi: dati anagrafici

Dati anagrafici		
Sesso (rapporto M/F)		72/19
Età (media ± DS)		32.0 ± 9.0
Titolo di studio	Lic. media o inferiore	58.2%
	Lic. media superiore	35.1%
	Università	6.6%
Stato civile	Celibe/Nubile	83.5%
	Separato/Divorziato	12.1%
	Coniugato	3.3%
	Vedovo	1.1%
Occupazione	A tempo pieno (operaio)	56.7%
	Part-time/Saltuario	26.7%
	Disoccupato	11.1%
	Studente o altro	5.5%

Percentuali calcolate su 91 interviste

Dall'analisi dell'EuropAsi è emerso che, per quanto attiene la *condizione medica*¹ il 50.6% dei soggetti intervistati segue un trattamento sostitutivo mentre il 34.5% segue un trattamento di disintossicazione ambulatoriale (metadone a scalare e/o sostanze ad azione agonista); il 4.6% è attualmente oppure è stato in trattamento presso un ospedale psichiatrico per problemi di carattere psichico non dipendenti dall'uso di sostanze (vedi Tab.2)

Tab. 2 EuropAsi: Dati clinici

Trattamento	N	%(*)
Sostitutivo ambulatoriale	44	50.6
Amb disintossicazione	30	34.5
Residenziale disintossicazione	7	8.0
Ospedale psichiatrico	4	4.6
Ambulatoriale Drug-Free	1	1.1
Non in trattamento	1	1.1

(*) Percentuali calcolate su 87 interviste

Problemi cronici di salute sono presenti in percentuale variabile il 42.2% è sieropositivo al virus dell'epatite e il 5.6% sieropositivo per HIV.

¹IL'intervista EuropAsi indaga la condizione clinica generale del paziente con riferimento temporale lifetime e relativamente agli ultimi 30 giorni attraverso un'intervista suddivisa in varie sezioni/aree: sezione medica che indaga la condizione medica generale; sezione lavorativa/di sostentamento; sezione relativa all'uso di alcol e di sostanze psicotrope; sezione legale; sezione relativa alle relazioni familiari e sociali e sezione psichica .

La *sostanza psicoattiva* (vedi Tab.3) di uso maggiore in percentuale è l'eroina (87.9%) seguita dalla cannabis (85.7%), dalla cocaina (82.4%) e dall'alcol (78.0%); verosimilmente l'uso di predette sostanze è avvenuto in successione temporale nella storia clinica degli utenti. Il 18.7% dei pazienti si è presentato per problemi di poliabuso con un'età media di 20 anni. L'età media d'inizio è attorno ai 20 anni e, come riportato in letteratura, solo nell'età più avanzate i pazienti sono giunti a contatto con l'eroina e la cocaina, in media 4-5 anni dopo aver abusato di alcol e/o cannabis.

Tab. 3 EuropAsi: Frequenza d'uso delle sostanze psicoattive ed età di inizio

Tipo di sostanza	Uso		Età di inizio(§)
	N	% (*)	
Eroina	80	87.9	21.1 ± 5.6
Cannabis	78	85.7	16.1 ± 3.0
Cocaina	75	82.4	20.9 ± 5.4
Alcol (abuso)	71	78.0	17.4 ± 5.0
Amfetamine	36	39.6	20.0 ± 5.0
Allucinogeni	38	41.8	19.5 ± 5.0
Inalanti	24	26.4	18.8 ± 5.4
Altro (ecstasy, altri oppiacei)	14	15.4	23.0 ± 4.8
Poliabuso	17	18.7	20.3 ± 5.2

(*) Percentuali calcolate su 91 interviste

(§) Anni (media ± DS)

Relativamente alla *condizione familiare e sociale* emerge che circa la metà dei pazienti intervistati (45%) è soddisfatto della propria condizione civile, che la maggior parte di loro convive con persone che non presentano problemi connessi all'uso delle sostanze (il 90.1% convive con persone che non assumono alcol, l'85.7% convive con persone che non usano sostanze psicoattive). Per quanto riguarda le relazioni sociali il 31.5% dichiara di non avere alcun amico. Il 33% dice di aver avuto conflitti con i propri familiari nell'ultimo mese, e il 20% ha avuto difficoltà relazionali anche in ambito extra familiare.

Il dato relativo alle violenze subite dimostra che il 73.0% dei soggetti ha subito violenza psicoemotiva, il 34.8% ha subito violenza di tipo fisico e il 13.3% ha subito violenza sessuale.

L'indagine sulla *condizione psichica* attraverso l'EuropAsi ha evidenziato che i pazienti avevano sofferto nell'ultimo mese in percentuale elevata di disturbi d'ansia (34.8%) seguiti da una elevata percentuale di disturbi depressivi (23.6%), come riportato in Tabella 4.

Una percentuale relativamente cospicua (18.7%) degli intervistati ha avuto negli ultimi 30 giorni bisogno di prescrizioni farmacologiche per disturbi psichici.

Relativamente basso il dato relativo ai problemi inerenti il controllo del comportamento (11%). Riferite allucinazioni da parte dell'8.8% dei pazienti intervistati.

Nel campione analizzato il 16.5% riferiva di aver pensieri suicidari e il 2.2% ha dichiarato di aver tentato il suicidio con modalità varie nel corso dell'ultimo mese.

Tab. 4 EuropAsi: Condizione psichica riferita

Disturbo	N	%(*)
Ansia	31	34.8
Depressione	21	23.6
Prescrizioni farmacologiche	17	18.7
Pensieri suicidari seri	15	16.5
Comportamento violento	10	11.0
Allucinazioni	8	8.8
Comportamento suicidario	2	2.2

(*) Percentuali calcolate su 91 interviste tranne che per Ansia e

Depressione per le quali le interviste valide furono 89

Al momento dell'intervista circa la metà dei pazienti (47.3%) dichiarava di essere seriamente preoccupato per la propria condizione psichica.(vedi Tab. 5)

Tab. 5 EuropAsi: Livello di preoccupazione per la

condizione psichica avvertita

Livello di preoccupazione	N	%(*)
Per niente	48	52.7
Abbastanza	34	37.4
Molto	9	9.9

(*) Percentuali calcolate su 91 interviste

Inoltre gli stessi riferivano in quasi il 60% dei casi di sentire come molto importante ricevere un qualsiasi tipo di trattamento per fronteggiare le proprie difficoltà psico-emotive. (vedi Tab 6)

Tab. 6 EuropAsi: Importanza attribuita al trattamento

ricevuto per la condizione psichica avvertita

Livello di importanza	N	%(*)
Per niente	40	43.9
Abbastanza	41	45.1
Molto	10	11.0

(*) Percentuali calcolate su 91 interviste

Nel corso della vita il 22% dei pazienti ha avuto bisogno di essere sottoposto ad un ricovero ospedaliero e il 39.6% ad un trattamento di tipo ambulatoriale per problemi di carattere psichiatrico (vedi Tab. 7)

Tab. 7 EuropAsi: Sede del trattamento riferito dal paziente

Sede	N	% (*)
-------------	----------	--------------

Ricovero o residenziale	20	22.0
Ambulatoriale	36	39.6
(*) Percentuale sul totale dei pazienti intervistati (N=91)		

Dall'analisi dei profili di gravità clinica tracciati dagli intervistatori utilizzando una scala di valutazione a 9 intervalli (0-1 nessun problema o lieve; 2-3 problema lieve; 4-5 problema moderato; 6-7 problema notevole; 8-9 problema estremamente grave), (vedi Tab. 8), si evidenzia che, oltre agli ovvi problemi connessi con l'uso di sostanze psicoattive, il 41.7% dei pazienti presentava problemi psichici da moderati a notevole e l'11% li presentava estremamente gravi.

Tab.8 EuropAsi: Profili di gravità dei differenti problemi

Sezione/area	Problema assente-lieve (punteggio 0-3)		Problema moderato-notevole (punteggio 4-7)		Problema Estremamente grave (punteggio 8-10)	
	N	%	N	%	N	%
	Medico	68	74.7	21	23.1	2
Lavoro	52	57.1	35	38.5	4	4.4
Alcol	63	69.2	25	27.5	3	3.3
Droga	11	12.1	58	63.7	22	24.2
Legale	59	64.8	29	31.9	3	3.3
Familiare/Sociale	43	47.2	44	48.3	4	4.4
Psichico	43	47.2	38	41.7	10	11.0

Dallo studio condotto tramite la somministrazione della CIDI_C² utilizzata per approfondire la presenza di comorbidità psichiatrica di Asse I risulta che una cospicua parte di pazienti (34,43%) presenta disturbi d'ansia. Più dell'11% presenta un disturbo somatoforme. Il 5% presenta un disturbo dell'umore, mentre sembrano essere meno prevalenti i disturbi del comportamento alimentare e i disturbi di tipo psicotico (vedi Tab.9).

Tab. 9 CIDI: Prevalenza di comorbidità con

Diagnosi DSM-IV	N	% (*)
Diagnosi		

² Nel presente studio le diagnosi sono state effettuate secondo i criteri del DSM IV, considerando quest'ultimo il metodo di classificazione maggiormente riconosciuto e utilizzato, ma forse può risultare interessante far menzione contestualmente anche delle diagnosi risultanti dalla classificazione dello stesso campione secondo i criteri del ICD 10: dall'analisi dei dati risulta che la maggior parte dei pazienti (oltre il 60%) ha un disturbo dell'umore, quasi il 30% presenta un disturbo fobico sociale, il 17% ha una fobia specifica o situazionale. La sindrome somatoforme da dolore persistente costituisce la diagnosi psichiatrica per gli utenti del Ser.T nel 17%. Più del 10% dei pazienti riporta un disturbo dissociativo e/o sindrome dissociativa motoria. Sembrano infine essere meno prevalenti il disturbo ansioso agorafobico e il disturbo ossessivo compulsivo, presente quest'ultimo nel 2% circa dei casi.

Disturbi d'Ansia	21	34.43
Disturbi Somatoformi	7	11.5

Disturbi dell'Umore	3	5
Disturbi Psicotici	1	1.64
Disturbi del Comport. Aliment.	1	1.64

(*)Percentuale sul totale dei pazienti intervistati (N=61)

Analisi descrittiva incroci EuropAsi

Come si può notare in tabella 10 tra chi riporta di aver avuto pensieri suicidari seri negli ultimi 30 giorni e chi non li riporta non vi sono differenze significative nel profilo di gravità relativamente alla condizioni medica, all'uso di alcool e droga e alla condizione legale.

La sezione dell'EuropAsi relativa alla condizione lavorativa mette in luce un differente profilo rispetto alla presenza di pensieri suicidari seri, seppur non statisticamente significativo: il 53.3% dei pazienti con pensieri suicidari evidenzia gravità da moderate a gravissime, mentre solamente il 40.8% di coloro che non hanno pensieri suicidari riporta tale livello di difficoltà.

L'area relativa alla condizione familiare e sociale sembra avere un profilo di distribuzione tendenzialmente differente anche se non significativo: i problemi familiari più gravi aumentano tra coloro che riportano pensieri suicidari (66.6% livello di gravità da moderato a gravissimo), mentre tale percentuale rimane al 50% tra coloro che non riportano pensieri suicidari seri.

Risultano invece differenti i profili della sezione psichica: i problemi psichici risultano significativamente più grave (p=0.001) tra coloro che riportano pensieri suicidari seri.

Tab.10 Pensieri suicidari ultimo mese e profilo di gravità

		Pensieri suicidari seri				p-value
		Sì		No		
		N	%(*)	N	%(§)	
Profilo di gravità- Sezione						
Medica	No-Lieve	10	66.7	58	76.3	0.389

	Moderato-Grave	4	26.7	17	22.4	
	Gravissimo	1	6.7	1	1.3	
Lavoro	No-Lieve	7	46.7	45	59.2	
	Moderato-Grave	8	53.3	27	35.5	0.338
	Gravissimo	0	0.0	4	5.3	
Alcool	No-Lieve	8	53.3	55	72.4	
	Moderato-Grave	7	46.7	18	23.7	0.161
	Gravissimo	0	0.0	3	3.9	
Droga	No-Lieve	2	13.3	9	11.8	
	Moderato-Grave	7	46.7	51	67.1	0.259
	Gravissimo	6	40.0	16	21.0	
Legale	No-Lieve	11	73.3	48	63.2	
	Moderato-Grave	4	26.7	25	32.9	0.634
	Gravissimo	0	0.0	3	3.9	
Fam/Sociale	No-Lieve	5	33.3	38	50.0	
	Moderato-Grave	8	53.3	36	47.4	0.129
	Gravissimo	2	13.3	2	2.6	
Psichica	No-Lieve	2	13.3	41	53.9	
	Moderato-Grave	8	53.3	30	39.5	0.001
	Gravissimo	5	33.3	5	6.6	

(*) Percentuali calcolate su N=15 pazienti rispondenti

(§) Percentuali calcolate su N=76 pazienti rispondenti

Dall'analisi dell'incrocio di alcune variabili del questionario EuropAsi con i pensieri suicidari risultano statisticamente significative le differenze nei casi di depressione ($p=0.021$), allucinazioni ($p=0.007$), comportamento violento ($p=0.002$), assunzione di farmaci per problemi psicologici/emozionali ($p=0.002$) e tentativi di suicidio ($p=0.001$). Anche il livello di preoccupazione dei pazienti per i problemi di tipo psicologico e l'importanza di ricevere un trattamento per gli stessi sembrano essere associati in maniera significativa ai pensieri suicidari: il 93.3% dei pazienti con pensieri suicidari seri è molto preoccupato (abbastanza o molto vedi Tab.11) per le sue condizioni psicologiche, contro il 38.1% di coloro che non hanno pensieri suicidari .

Inoltre il 60% dei soggetti che ha dichiarato di avere ideazione suicidaria vive da solo, e riferisce di avere subito violenza emotiva. Il 40% di chi ha avuto pensieri suicidari riporta problemi di tipo relazionale sia in famiglia che a livello extra familiare, la stessa percentuale è presente in chi ha subito violenza fisica e nel 20% di chi ha riferito violenza sessuale.

Tab.11 Pensieri suicidari ultimo mese e positività di alcune variabili dell'EuropAsi

	Pensieri suicidari seri				p-value
	Sì		No		
	N	%(*)	N	%(§)	
Con chi trascorre il tempo libero					
Familiari	2	13.4	12	15.8	
Amici	4	26.7	40	52.6	0.418
Da solo	9	60.0	24	31.6	
Senza amici	4	28.6	24	32.0	0.785
Ha subito violenza emotiva	9	60.0	56	75.7	0.212
Ha subito violenza fisica	6	40.0	25	33.8	0.645
Ha subito violenza sessuale	3	20.0	9	12.0	0.405
Conflitti familiari	6	40.0	24	31.6	0.369
Conflitti extra-familiari	6	40.0	12	16.0	0.069
Depressione	7	46.7	14	18.9	0.021
Ansia	8	53.3	23	31.1	0.099
Allucinazioni	4	26.7	4	5.3	0.007
Comportamento violento	5	33.3	5	6.6	0.002
Farmaci per probl. psicol./emozion.	7	46.7	10	13.2	0.002
Tentativi di suicidio	2	13.3	0	0.0	0.001
Preoccupazione per problemi psicol.					
Per niente	1	6.7	47	61.8	
Abbastanza	12	80.0	22	28.9	0.001
Molta	2	13.3	7	9.2	
Importanza attribuita al trattamento					
Per niente	0	0.0	40	52.6	
Abbastanza	11	73.3	30	39.5	0.003
Molta	4	26.7	6	7.9	

(*) Percentuali calcolate su N=15 pazienti tranne che per la domanda relativa al numero di amici che ha avuto 14 pazienti rispondenti;

(§) Percentuali calcolate su N=76 pazienti tranne che per le domande relative al numero di amici, alle violenze sessuali subite, ai conflitti extra-familiari e alle allucinazioni che hanno avuto 75 pazienti rispondenti e le domande relative alle violenze emotive e fisiche, alla depressione e all'ansia che ne hanno avuto 74.

Come si può vedere in tabella 12 l'analisi relativa alle sostanze d'abuso non rivela una associazione con la produzione di pensieri suicidari seri. Sola eccezione la cannabis che mostra la maggior differenza a favore dei pazienti con pensieri suicidari (93.3% contro 84.2%) anche se non statisticamente significativa.

Tab.12 Pensieri suicidari seri ultimo mese e Sostanza d'abuso

Sostanza d'abuso	Pensieri suicidari seri				p-value
	Sì		No		
	N	%	N	%	
Eroina	13	86.7	67	88.2	0.871
Età di inizio	20.6 ± 5.8		21.2 ± 5.6		
Cannabis	14	93.3	64	84.2	0.356
Età di inizio	15.8 ± 3.3		16.1 ± 3.0		
Cocaina	11	73.3	64	84.2	0.312
Età di inizio	22.3 ± 6.9		20.7 ± 5.2		
Alcool (abuso)	12	80.0	59	77.6	0.840
Età di inizio	17.4 ± 4.0		17.4 ± 5.3		
Amfetamine	5	33.3	31	40.8	0.589
Età di inizio	17.0 ± 1.2		20.4 ± 5.2		
Allucinogeni	7	46.7	31	40.8	0.673
Età di inizio	17.4 ± 4.6		19.6 ± 5.1		
Inalanti	1	6.7	23	30.3	0.058
Età di inizio	17.0		18.9 ± 5.5		
Altro	4	26.7	12	15.8	0.312
Età di inizio	19.5 ± 5.7		17.6 ± 3.6		
Poliassunzione	5	33.3	12	15.8	0.111
Età di inizio	18.3 ± 3.3		21.0 ± 5.7		

DISCUSSIONE

Innumerevoli studi clinici hanno dimostrato che la tossicodipendenza si presenta in comorbidità con disturbi di personalità per cui sarebbe possibile determinare il tasso di suicidio rapportandolo alla popolazione con equivalenti disturbi di personalità, tuttavia si rischia così di perdere il valore aggiunto relativo allo specifico tossicodipendenza. Inoltre i soggetti tossicodipendenti presentano anche una elevata percentuale di comorbidità con disturbi psichiatrici di Asse I.

E' doveroso sottolineare che la testistica utilizzata, EuropASI, consente di fare una indagine sul vissuto del paziente. Si è scelto di non porre domande più intrusive rispetto alla tematica suicidiaria, pur avendo valutato testistiche più specifiche, per evitare che i pazienti si allontanassero senza terminare la valutazione; si è quindi scelto di raccogliere i dati facendo sentire ai pazienti come prevalente il problema tossicomano in linea con la loro richiesta di essere trattati dal nostro Servizio.

Tuttavia la percezione che i pazienti hanno sulla presenza di problemi psichici e sulla gravità degli stessi

sembra dover far riflettere gli operatori del settore sulla opportunità di considerare o riconsiderare tali pazienti come sofferenti di una patologia psichica riportando l'attenzione sui problemi che stanno alla base dell'agito tossicomane spostando quindi l'attenzione, ora troppo incentrata sugli effetti determinati dalle sostanze, a favore di una lettura complessiva della problematica. Non pare tuttavia superfluo sottolineare che la conoscenza di tali effetti è indispensabile per la corretta gestione di tali pazienti e per poter effettuare una diagnosi differenziale senza incappare in errori grossolani.

Dall'analisi dei dati emerge come l'indagine per conoscere le caratteristiche dei pazienti tossicodipendenti in merito al rischio suicidiario dia ragione di un tale interesse. Infatti i pazienti hanno riferito presenza di pensieri suicidari nel 16.5% dei casi e nel 2.2% di aver già tentato il suicidio; questo dato si riferisce al solo mese precedente la somministrazione del test, risulta facile pensare come il dato possa drasticamente aumentare se ci riferiamo ad una indagine della presenza del pensiero e del comportamento suicidario che ricopra un periodo temporale più ampio.

In apparente contraddizione con le linee di pensiero che vorrebbero ascrivere il rischio suicidiario dei tossicodipendenti alla condizione di marginalità sociale si consideri che dallo studio è emerso che ben il 51.1% dei pazienti aveva una occupazione lavorativa e solo 1.1% riferiva di dover ricorrere alla prostituzione per il mantenimento e il 4.4% usava mezzi illegali per il proprio sostentamento.

A fronte di tale situazione sociale di persone apparentemente ben integrate, nonostante la problematica tossicomane, sembra esserci una certa associazione, anche se non statisticamente significativa, tra gravi problemi di lavoro e pensieri suicidari (vedi Tab.10), come già indicato in letteratura. (Darke S, Ross J, 2002); (Mino A, Bousquet A, Broers B, 1999);(Bukstein OG, Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth C, Balach L, 1993).

I fattori di rischio suicidiario della popolazione generale si applicano bene anche alla categoria dei tossicodipendenti (problemi familiari e sociali, psicopatologia) che hanno semmai un tasso più elevato di esposizione a tali fattori di rischio. Nell'indagine condotta il 35.2% ha scarse relazioni sociali e vive una condizione di solitudine (il 31.5% dichiara di non avere alcun amico). I conflitti familiari sono presenti in percentuale elevata rispetto al gruppo dei pari (33% conflitti con i propri familiari) e circa il 20% riferisce difficoltà relazionali anche in ambito extra familiare.

Risulta in linea con i dati della letteratura (Mynatt S, 2000); (Rossow I, Lauritzen G, 2001) anche il dato relativo alla violenze subite: l'ambito emotivo ha testimoniato che il 73% dei soggetti ha subito violenza psicoemotiva, ben il 34.8% ha subito violenza fisica e il 13.3% ha subito violenza sessuale.

Anche in questo ambito il presente studio ha trovato una associazione, seppur non statisticamente significativa, tra i problemi familiari e i pensieri suicidari, rilevando che più i primi si fanno gravi, tanto più aumenta la serietà dei secondi: chi ha problemi familiari gravi ha anche più frequentemente pensieri di tipo suicidario, ha conflitti interni alla famiglia ma anche difficoltà di tipo sociale e spesso passa il suo tempo libero da solo (vedi Tab 10 e 11).

L'importanza dei problemi psichici, così come percepiti dai pazienti, sembra essere un fattore di rischio per la presenza di pensieri suicidari. Come si può osservare in tabella 10 e 11 i pazienti che hanno pensieri suicidari hanno più spesso e in misura significativa ($p < 0.001$) disturbi psichici (depressione, allucinazioni, comportamento violento e assunzione di farmaci per problemi psicologici e emozionali) e hanno tentato suicidio; nel nostro campione sono solo i pazienti che hanno avuto pensieri suicidari ad aver tentato il suicidio: questo dato assegna quindi all'ideazione suicidaria un importante valore predittivo rispetto al rischio di suicidio, come anticipato all'inizio del presente articolo e come riportato in letteratura.

I pazienti che riferiscono un disturbo di tipo psicologico e hanno più spesso pensieri suicidari ($p = 0.001$), risultano secondo i dati, molto preoccupati per la loro condizione psicologica e nella metà dei casi sono consapevoli di aver bisogno di trattamenti (vedi Tab.11).

La preoccupazione dei pazienti in merito alla propria condizione psichica è inoltre confermata dai dati emersi attraverso il questionario CIDI-C che testimonia alti livelli di comorbidità con le diagnosi psichiatriche di Asse I. In particolare pare esserci concordanza tra la percezione di disturbi sul versante dell'umore (ansia, depressione, pensieri suicidari) ed il rilievo di un elevato tasso di diagnosi, effettuate attraverso la CIDI-C, di disturbo d'ansia. L'importante associazione del disturbo d'ansia con la tossicodipendenza potrebbe costituire un valore aggiunto nello studio di tali pazienti e far riflettere sulla necessità di conoscere meglio i rischi che tali pazienti corrono, e sull'importanza di trattare questi pazienti in maniera integrata, ossia con interventi multidisciplinari che mirino a ridurre il rischio di suicidio. (Scharf I, Oieghagen A, 2001); (Zilberman ML, Tavares H, Blume SB, el-Guebaly N, 2001); (Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E, 2000); (Pages KP, Russo JE, Roy-Byrne PP, Ries RK, Cowley DS, 1997).

Non va sottovalutato il rischio connesso alla capacità slantizzante di alcune sostanze su pensieri autosoppressivi basti pensare alla determinatezza che può instaurarsi in un consumatore di cocaina o alla grave depressione che segue la riduzione della concentrazione della stessa a livello cerebrale e la

conseguente grossa prostrazione che potrebbe spingerli a tentare il suicidio.

Restano ancora poco indagate alcune aree relative all'uso di sostanze psicoattive come metodo suicidiario: la frequente mortalità per overdose è stata più volte chiamata in causa come modalità autosoppressiva in tali pazienti e sicuramente svolge un ruolo significativo tra tali soggetti rispetto alla popolazione generale (Jones R, Gruer L, Gilchrist G, Seymour A, Black M, Oliver J, 2002); (Darke S, Ross J, 2001); (Neale J, 2000), ma anche in questo caso i dati statistici non sono rilevabili se non indirettamente.

L'associazione di elevati fattori di rischio suicidario, riportati in letteratura e confermati dal presente studio, con il profilo di gravità dei problemi psichici e in particolare per quanto riguarda i problemi relativi all'ansia e all'umore riferiti dai pazienti e confermati alle diagnosi secondo DSM IV, deve spingerci a considerare come necessari interventi di tipo preventivo, non solo relativamente al consumo di sostanze ma in particolare come prevenzione secondaria. Con prevenzione secondaria si intende la presa in carico precoce di situazioni che possono condurre ad un più elevato rischio e nelle fasce giovanili che opportunamente curate potrebbero vivere in piena salute psichica; si noti infatti che dai nostri risultati (vedi Tab.12) sembrano essere più a rischio di pensiero suicidario, come già riferito da alcuni autori, i pazienti che fanno uso di cannabis (Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, 1999); (Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N, 2002) anche se la differenza tra le percentuali non risulta statisticamente significativa.

Sembra potersi concludere che studi più approfonditi siano indispensabili, e doveroso considerare che il consumatore di sostanze psicoattive, oggi più spesso anche non dipendente, porta comunque con se tracce di una vulnerabilità che, specie quando è espressa in una popolazione giovanile, non sembra etico sottovalutare.

Infine i dati raccolti dalla nostra indagine preliminare non consentono di giungere a conclusioni definitive tuttavia, ponendo l'accento sulla problematica suicidaria nella popolazione tossicomana, ci danno l'opportunità di operare una riflessione su tale emergenza che è verosimilmente sottostimata in tali pazienti.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1994) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, 4ª ed. Tr. it. Masson, Milano 1995

Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. "Cannabis abuse and serious suicide attempts." *Addiction*. 1999 Aug;94(8):1155-64.

Bukstein OG, Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth C, Balach L. "Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study" *Acta Psychiatrica Scandi*. 1993 Dec;88(6): 403-8.

Cate-Carter TD, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. "Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder." *J Psychiatr Res*. 2003 Jul-Aug; 37(4):297-303.

Dalton EJ, "Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders." *Bipolar Disord*. 2003 Feb; 5(1):58-61.

Darke S, Ross J. "The Relationship between suicide and heroin overdose among methadone maintenance patients in Sydney, Australia." *Addiction*. 2001 Oct;96(10):1443-53.

Darke S, Ross J. "Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods." *Addiction*. 2002 Nov;97(11):1383-94.

Driessen M, Veltrup C, Weber J, John U, Wetterling T, Dilling H. "Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment." *Addiction*. 1998 Jun;93(6): 889-94.

Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. "Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood." *Addiction* 2002 Sep;97(9):1123-35.

Jones R, Gruer L, Gilchrist G, Seymour A, Black M, Oliver J. "Recent contact with health and social services by drug misuse in Glasgow who died of a fatal overdose in 1999." *Addiction*. 2002 Dec;97(12):1517-22.

Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E. "The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia." *Acta Psychiatrica Scand* 2000 June;101(6):452.

Mino A, Bousquet A, Broers B. "Substance abuse and drug-related death, suicidal ideation, and suicide: a review." *Crisis* 1999;20(1):28-35.

Mynatt S. "Repeated suicide attempts." *J Psychosoc Nurs Ment Health Ser*. 2000 Dec;38(12):24-

33.

Neale J. "Suicidal intent in non-fatal illicit drug overdose." *Addiction*. 2000 Jan;95(1):85-93.

O'Boyle M, Brandon EA. "Suicide attempts, substance abuse, and personality." *J Subst Abuse Treat*. 1998 Jul-Aug;15(4):353-6.

Pages KP, Russo JE, Roy-Byrne PP, Ries RK, Cowley DS. "Determinants of suicidal ideation: the role of substance use disorders" *J Clin Psychiatry*. 1997 Nov;58(11):510-5.

Pancheri P. "La doppia diagnosi – Disturbi Psichiatrici e dipendenza da sostanze" Scientific Press s.r.l.- Firenze, 2002.

Rossow I, Lauritzen G. "Shattered childhood: a Key issue in suicidal behavior among drug addicts?" *Addiction*. 2001 Feb;96(2):227-40.

Scharr I, Oiehagen A. "Severely mentally ill substance abusers: an 18-month follow-up study." *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2001 Feb ; 36(2) :70-8.

Ten Have M, Volleberg W, Bijl R, Nolen WA. "Bipolar disorder in the general population in The Netherland (prevalence, consequences and care utilisation): results from Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)". *J Affect Disord*. 2002 Apr;68(2-3): 203-13.

Van den Bosch LM, Verheul R, van den Brink W. "Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates." *J Personal Disord*. 2001 Oct; 15.

Welch SS, Linehan MM. "High-risk situations associated with parasuicide and drug used borderline personality disorder." *J Personal Disord*. 2002 Dec;16(6):561-9.

Zilberman ML, Tavares H, Blume SB, el-Guebaly N. "Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities."