

Fattori predittivi di *dropout* dal trattamento in comunità terapeutica in un campione di pazienti con disturbo da uso di sostanze e gravi disturbi della personalità

Factors predicting dropout from treatment in a sample of substance-abusing personality-disordered patients

F. MADEDDU
A. PRUNAS*
M. MANTELLI
F. RAVERA**

Facoltà di Psicologia, Università di Milano-Bicocca; * Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Milano-Bicocca;

** Centro per lo Studio dei Disturbi di Personalità (CREST), Milano

Key words

Substance use disorders personality disorders • Treatment retention • Treatment completion

Correspondence: Prof. Fabio Madeddu, Dipartimento di Psicologia, Edificio U6, Università di Milano-Bicocca, piazza dell'Ateneo Nuovo 1, 20126 Milano - Tel. +39 02 64486757 - Fax +39 02 64486705 - E-mail: fabio.madeddu@unimib.it

Summary

Objectives

This is a retrospective study using existing clinical data; the setting is a residential centre offering a 1-year abstinence-based programme for drug addicts.

Methods

Participants were 64 patients consecutively admitted between 1994 and 1997. An analysis was carried out of clinical records and other records kept by clinicians at the community. Outcome measure was retention in treatment categorized as completed treatment (N = 11), and discharge against medical advice during hospitalization (early-dropouts; N = 27) or after admission in the community (late-dropouts; N = 26).

Results

No difference emerged comparing early- and late-dropouts on any of the variables examined. Completers differed from dropouts on seven variables: mean age, prevalence of psychiatric disorders in first-degree relatives, previous treatments for substance use disorder, mean length of substance use, prevalence of antisocial personality disorder, any cluster B diagnosis, mean number of Axis II diagnosis. The variables with significant relationship with treatment completion were then entered into a stepwise logistic regression model (treatment completion as dependent variable). Only two variables were selected to describe the best equation to predict treatment completion: antisocial personality disorder diagnosis and previous treatments.

Conclusions

The present results suggest that early identification of substance-abusing patients at risk for dropout during inpatient treatment is necessary, and ad hoc motivational interventions to retain patients at risk should be developed.

Introduzione

I pazienti dipendenti da sostanze sembrano beneficiare maggiormente di trattamenti a lungo termine¹. La ricerca sull'efficacia dei programmi di riabilitazione residenziali per abusatori di sostanze è stata però ostacolata da una serie di difficoltà metodologiche. La comparabilità tra i differenti programmi proposti è spesso difficile da stabilire e la possibilità di seguire in follow-up i pazienti che abbandonano il trattamento è resa complessa dall'instabilità dei pa-

zienti abusatori; a ciò è necessario aggiungere la presenza intrinseca di un *bias* di selezione dei pazienti che rende spesso complessa l'interpretazione dei risultati². Inoltre, seppure ci siano ormai prove sufficienti dell'efficacia dei programmi di riabilitazione *maintenance-based*, minori sono stati gli sforzi di valutare gli interventi *abstinence-based*³.

Globalmente, gli studi disponibili in letteratura hanno cercato di focalizzare l'attenzione su variabili diverse (caratteristiche individuali del paziente, caratteristiche del trattamento ecc.) allo scopo di rilevare

potenziali fattori predittivi della tenuta in trattamento e del successo terapeutico.

Relativamente all'indagine sulle caratteristiche personali, studi condotti su soggetti ricoverati per il trattamento di DUS, hanno mostrato che i pazienti che si auto-dimettono contro il parere dei sanitari o che tendono ad abbandonare il trattamento in fasi precoci sono in media più giovani⁴⁻⁷; più frequentemente maschi⁸; *single*⁹⁻¹⁰; al primo tentativo terapeutico per DUS⁸ o con una storia pregressa di *dropout* dal trattamento¹¹; più precoci nell'esordio dell'abuso di sostanze⁴; più frequentemente arrestati o detenuti¹²; in stato di intossicazione al momento del ricovero²⁻¹³; più frequentemente affetti da epatite C⁴⁻¹⁴; più frequentemente affetti da quadri psicopatologici di Asse II¹³⁻¹⁴; con profili di maggiore gravità sul piano psicopatologico¹⁴⁻¹⁵; caratterizzati da un uso più massiccio di difese di diniego e razionalizzazione¹⁶.

In particolare, il ruolo dei disturbi di Asse II assume rilevanza soprattutto alla luce delle altissime prevalenze di Disturbi di Personalità (DP) che sono state registrate in abusatori di sostanze e che, a seconda dei campioni e degli approcci diagnostici considerati, possono raggiungere il 100%¹⁷.

La letteratura scientifica ha ormai ampiamente riconosciuto che pazienti in condizioni di comorbidità (la cosiddetta "*dual diagnosis*") mostrano, nel trattamento di un DUS, un peggiore *outcome* e sono più difficili da trattare rispetto agli abusatori senza altri disturbi psichici in comorbidità¹⁸⁻¹⁹; diversi studi hanno dimostrato la relazione tra disturbi di personalità, ricaduta nell'uso di sostanze²⁰, e *dropout* dal trattamento per DUS¹⁴⁻²¹. I disturbi di personalità di *cluster B* in generale ed il disturbo Antisociale e Borderline di Personalità in particolare, sono risultati associati ad un esordio più precoce nel consumo di sostanze, peggiore prognosi, poli-abuso e *dropout* dal trattamento^{4-7, 22-25}.

Alcuni Autori hanno suggerito la necessità di apportare dei cambiamenti nelle comunità terapeutiche per pazienti con doppia diagnosi allo scopo di incrementare la tenuta in trattamento e l'efficacia terapeutica; tra questi sono stati suggeriti: riduzione del numero di ospiti e aumento del rapporto membri dello staff/utenti, uso minimo della confrontazione, durata massima del trattamento ridotta a 12 mesi, possibilità per gli utenti di ricevere *counselling* individuale e promozione di avanzamenti nel programma²⁶⁻²⁷.

Obiettivi

Obiettivo del presente studio è la valutazione retrospettiva dell'impatto di variabili diverse sul rischio di *dropout* da un trattamento residenziale di tipo psicoterapeutico per DUS.

Materiali e metodi

I soggetti inclusi nello studio sono 64 pazienti ammessi consecutivamente, tra il 1994 e il 1997, presso una casa di cura privata specializzata nel trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Il trattamento prevede una prima fase di ricovero in clinica (della durata di circa tre settimane) durante la quale il paziente viene disintossicato farmacologicamente. Dopo questo periodo, qualora ve ne siano le indicazioni, il paziente viene inserito all'interno di una comunità terapeutica ad orientamento cognitivo-comportamentale ispirato al modello della terapia dialettico-comportamentale di Marsha Linehan²⁸, in cui la permanenza consigliata è di almeno un anno. Al termine del percorso terapeutico, i pazienti lasciano la comunità nel corso di una cerimonia di "*graduation*".

Allo scopo di essere inseriti nel campione, i pazienti dovevano:

- aver ricevuto una diagnosi di Disturbo da Dipendenza per una o più categorie di sostanze psicoattive, formulata clinicamente sulla base dei criteri DSM-III-R²⁹;
- avere almeno 18 anni di età;
- non presentare deficit cognitivi o deterioramento cognitivo;
- essere stati sottoposti alla somministrazione di SCID II per la valutazione dell'Asse II del DSM-III-R e/o ad un questionario auto-somministrato per la valutazione dell'assetto difensivo (DSQ-88)³⁰.

Inoltre, tutti i pazienti presi in esame, al termine della fase di ricovero in clinica, hanno ricevuto, come indicazione terapeutica, l'inserimento in comunità.

La batteria testale cui i soggetti sono stati sottoposti durante la fase di *assessment* includeva un questionario autosomministrato per la valutazione dell'assetto difensivo (DSQ-88) e un'intervista strutturata per la diagnosi DSM-III-R dei disturbi di Asse II (SCID II). Il *Defense Style Questionnaire-88* (DSQ-88) è un questionario autosomministrato composto da 88 *item* che valuta i meccanismi di difesa così come concettualizzati da Michael Bond³⁰; ai soggetti è richiesto di rispondere a ciascuna domanda indicando il proprio grado di accordo su una scala Likert a 9 punti. L'Autore ha identificato quattro stili difensivi che sono oggetto di valutazione sia dimensionale che categoriale: Stile 1: riflette uno stato regressivo e include difese primitive (*acting out*, aggressione passiva e proiezione); Stile 2: riflette problemi relazionali e include difese di "distorsione dell'immagine" (scissione, idealizzazione primitiva e svalutazione);

Stile 3: include difese "*self-sacrificing*" che consentono relazioni stabili seppure immature (formazione reattiva, pseudo-altruismo);

Stile 4: include difese "adattive" che garantiscono un alto funzionamento globale e una buona integrazione sociale (*humour*, repressione, sublimazione).

Il DSQ permette inoltre una valutazione (dimensionale o categoriale) di 11 meccanismi di difesa: diniego nevrotico, proiezione non delirante, aggressione passiva, *acting out*, scissione, identificazione proiettiva, onnipotenza, annullamento retroattivo, affiliazione, somatizzazione e ipocondriasi.

La *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders* (SCID-II)³¹ è un'intervista di 140 *item* che compongono 13 scale, finalizzata alla diagnosi dei dieci Disturbi di Personalità previsti dall'Asse II del DSM-III-R e dei due Disturbi di Personalità inclusi tra le categorie diagnostiche che necessitano di ulteriori approfondimenti nell'Appendice B dello stesso Manuale. Lo strumento permette inoltre la diagnosi di Disturbo della Condotta in età infantile, criterio il cui soddisfacimento è indispensabile per la diagnosi di Disturbo di Personalità Antisociale in età adulta. Gli *item* contenuti nell'intervista sono organizzati per diagnosi e misurati mediante una scala ordinale qualitativa a tre punti (1 = criterio assente, 2 = criterio sub-clinico, 3 = criterio presente). SCID consente sia una diagnosi dimensionale (cioè basata sul numero di tratti patologici assegnati per ciascun disturbo), sia una diagnosi categoriale (presenza/assenza che si riferisce al raggiungimento o meno del numero di criteri richiesti per ciascun disturbo) dei disturbi di personalità così come concettualizzati dal DSM. La somministrazione di SCID-II è avvenuta al termine della fase di disintossicazione farmacologica e comunque su parere favorevole dello psichiatra curante. L'intervista è stata somministrata da operatori adeguatamente formati al suo uso clinico.

Caratteristiche del campione

Le informazioni anamnestiche relative a ciascun paziente sono state raccolte attraverso l'analisi della cartella clinica.

DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

L'età media del campione (N = 64) è risultata di 26 anni (DS = ± 6,20 anni; *range* = 18-55). 48 pazienti (75%) erano uomini; 12 (19%) pazienti erano sposati o conviventi, 52 (81%) erano *single*.

25 (39%) pazienti presentavano un livello di istruzione basso (corrispondente al conseguimento della licenza elementare o media inferiore). Solo 4 pazienti (6%) riferivano, al momento dell'ingresso in clinica, lo *status* di disoccupato.

DIAGNOSI DI ASSE I

Disturbo da uso di sostanze

La durata media dell'abuso di sostanze è risultata pari a 9 anni (DS = ± 5,05 anni; *range* = 1-23 anni). 7 pazienti (10%) riferivano di aver iniziato ad assu-

mere sostanze psicoattive prima del compimento dei 13 anni di età.

Le prevalenze *lifetime* di disturbo da uso di sostanze (abuso/dipendenza) per ciascuna delle categorie di sostanze psicoattive previste dal DSM-III-R risultavano così distribuite: Cannabis (78%); Eroina/Oppiacei (66%); Cocaina (52%); Alcool (34%); Acidi/LSD (19%); Farmaci (14%); Amfetamine (11%); Inalanti (3%).

La maggior parte dei pazienti erano poliabusatori cioè riferivano il ricorso contemporaneo a due o più categorie di sostanze psicoattive (76%).

In media, ogni paziente incluso nel campione aveva sperimentato, nell'arco della vita, 2,7 sostanze (DS = ± 1,57).

15 pazienti (23%) avevano ricevuto in precedenza un trattamento ambulatoriale o residenziale per DUS in strutture pubbliche e private; tra questi, solo un paziente (7% dei pazienti sottoposti a precedenti trattamenti, 1,6% del totale dei pazienti) aveva portato a termine il trattamento, trascorrendo oltre tre anni all'interno di una comunità ergoterapica.

Diagnosi addizionali di Asse I

8 pazienti (12%) presentavano un'ulteriore diagnosi di Asse I oltre a quella di DUS.

3 pazienti presentavano una diagnosi di Disturbi d'ansia: di questi, 2 hanno ricevuto la diagnosi di Disturbo ossessivo-compulsivo e uno di Disturbo da attacchi di panico; 3 pazienti hanno ricevuto una diagnosi di Disturbi Psicotici (Disturbo psicotico indotto da sostanze); sono state inoltre formulate 3 diagnosi di Disturbo alimentare (di cui due di Bulimia Nervosa e una di Anoressia Nervosa).

Diagnosi di Asse II

Dei 64 pazienti inclusi nel campione, 58 hanno ricevuto una valutazione di personalità mediante la somministrazione di SCID II. La quasi totalità del campione esaminato (N = 55; 95%) presentava almeno una diagnosi di Asse II.

Le diagnosi formulate sono riportate in Tabella I.

MISURE DI OUTCOME

Le informazioni sull'*outcome* del trattamento sono state raccolte attraverso la consultazione di un apposito registro all'interno del quale sono contenute, per ciascun paziente, le informazioni relative all'ingresso in comunità, il tempo di permanenza, l'eventuale data di uscita (auto-dimissione) e il conseguimento o meno dell'attestato di "*graduation*".

Sulla base delle informazioni raccolte relativamente all'esito del trattamento, i pazienti sono stati suddivisi in tre sottogruppi:

- 1) pazienti che si sono autodimessi contro il parere dei sanitari *durante il ricovero in clinica* che da questo momento verranno indicati con il nome di

Tab. I. Prevalenza delle diagnosi di Asse II nel campione (N = 58). *Prevalence of Axis II diagnosis in the sample (n = 58).*

Disturbi di personalità DSM-III-R	N (%)
Disturbo Paranoide di personalità	10 (17%)
Disturbo Schizoide di personalità	4 (7%)
Disturbo Schizotipico di personalità	1 (2%)
Qualsiasi disturbo di cluster A	13 (22%)
Disturbo Antisociale di personalità	34 (59%)
Disturbo Borderline di personalità	18 (31%)
Disturbo Istrionico di personalità	10 (17%)
Disturbo Narcisistico di personalità	14 (24%)
Qualsiasi disturbo di cluster B	41 (71%)
Disturbo Dipendente di personalità	13 (22%)
Disturbo Evitante di personalità	12 (21%)
Disturbo Oss.-Compulsivo di personalità	4 (7%)
Qualsiasi disturbo di cluster C	26 (45%)
Disturbo Auto-frustrante di personalità	13 (22%)
Disturbo Pass.-Aggressivo di personalità	12 (21%)
Disturbo di personalità n.a.s.	10 (17%)
Numero soggetti con almeno un DP	55 (95%)
Numero medio diagnosi di DP \pm DS	2,67 \pm 1,91

early-dropouts (N = 27); la durata media della permanenza in clinica è risultata, per questo gruppo, pari a 14 giorni (DS = \pm 8 giorni);

- 2) pazienti che si sono autodimessi *dopo l'ingresso in comunità terapeutica (late-dropouts, N = 26)*; la durata media di permanenza in comunità terapeutica in questo gruppo di pazienti è risultata pari a 29 giorni (DS = \pm 15 giorni);
- 3) pazienti che hanno *completato il trattamento* in comunità terapeutica e hanno raggiunto la "graduation" (*completers, N = 11*).

Il primo quesito che abbiamo indagato riguarda la possibilità di individuare alcune variabili discriminative tra i pazienti che hanno abbandonato il trattamento prima dell'ingresso in comunità e quelli che hanno abbandonato la comunità terapeutica prima di aver completato il programma cioè tra *early* e *late dropouts*.

Attraverso tecniche di analisi univariata (t-test, Fisher's exact test/ χ^2 analysis), sono stati pertanto sottoposti a confronto i due gruppi rispetto alle seguenti variabili:

- dati socio-demografici (età, sesso, status occupazionale, titolo di studio, dropout scolastico, stato civile);
- variabili legate all'Asse I (poliabusatore/monoabusatore, numero medio di sostanze utilizzate, durata media dell'uso, uso problematico *lifetime* di ciascuna categoria di sostanze, precedenti esperienze di trattamento per DUS, presenza di patologia comorbida di Asse I, familiarità positi-

va per disturbo da uso di sostanze, familiarità positiva per altra patologia psichiatrica);

- variabili legate all'Asse II (presenza/assenza di ciascun disturbo di personalità, numero medio di diagnosi di Asse II, polidiagnosi di Asse II, presenza di almeno un disturbo di personalità per ciascuno dei tre *cluster*);
- variabili legate all'Asse III (diagnosi di epatite B e C, sieropositività all'HIV);
- stile difensivo (punteggio dimensionale/categoriale per ciascuno dei quattro stili difensivi e ciascuno degli undici meccanismi di difesa previsti dalla concettualizzazione di Bond).

In secondo luogo, i pazienti che hanno abbandonato il trattamento sono stati confrontati, rispetto alle medesime variabili, con quelli che hanno completato il trattamento allo scopo di rilevare differenze significative che possano predire il *dropout*.

Risultati

EARLY-DROPOUTS VS. LATE-DROPOUTS

Da tutti i confronti effettuati, nessuna differenza statisticamente significativa, in nessuna delle variabili considerate, è stata rilevata tra i due gruppi di pazienti che hanno abbandonato il trattamento (Tab. II, colonne a, b, c).

Tale risultato ha legittimato la creazione di un unico gruppo di soggetti che, in qualsiasi momento, hanno abbandonato il trattamento, unificando gli *early* e *late-dropouts*. I soggetti di questo gruppo (*dropouts, n = 53*) sono stati quindi sottoposti a confronto con i soggetti che hanno portato a termine il trattamento (*completers, n = 11*) rispetto alle stesse variabili (Tab. II, colonne d, e, f).

I risultati evidenziano differenze significative tra i due gruppi in 7 delle oltre 60 variabili analizzate:

- età media: i soggetti che hanno completato il trattamento hanno mostrato un'età media significativamente superiore a coloro che l'hanno interrotto (31,09 \pm 8,19 vs. 24,94 \pm 5,20; p < 0,05);
- presenza di un parente di primo grado con disturbi psichiatrici diversi dall'uso di sostanze; all'interno del campione di soggetti che hanno completato il trattamento è stata rilevata una maggiore prevalenza di familiarità positiva per disturbi psichiatrici diversi dal disturbo da uso di sostanze (*Completers: N = 4, 36%; Dropouts: N = 5, 9%; p < 0,05*);
- precedenti esperienze di trattamento per disturbo da uso di sostanze; all'interno del campione di soggetti che hanno completato il trattamento, una percentuale significativamente maggiore aveva intrapreso in precedenza altre esperienze di trattamento residenziale o ambulatoriale, indipenden-

Tab. II. Confronti tra *early- e late-dropouts* e tra *dropouts e completers* rispetto alle principali variabili oggetto di indagine. *Comparison of the main aspects studied between early, and late-dropouts and between dropouts and completers.*

	<i>Early-dropouts</i> (N = 26) (a)	<i>Late-dropouts</i> (N = 27) (b)	Signifi- cattività (c)	<i>Dropouts</i> (N = 53) (d)	<i>Completers</i> (N = 11) (e)	Signifi- cattività (f)
Variabili socio-demografiche						
Età media	25,0 ± 5,7	24,8 ± 4,8	n.s.	24,9 ± 5,2	31,1 ± 8,2	p < 0,05
Sesso (maschio)	16 (61%)	23 (85%)	n.s.	39 (74%)	9 (82%)	n.s.
Stato Civile						
<i>Single</i>	19 (73%)	23 (85%)	n.s.	42 (80%)	10 (91%)	n.s.
Sposato	7 (27%)	4 (15%)		11 (20%)	1 (9%)	
Scolarità						
Bassa (elementare o media inf.)	11 (42%)	12 (44%)	n.s.	23 (43%)	2 (18%)	n.s.
Alta (media sup. o università)	15 (58%)	15 (56%)		30 (57%)	9 (82%)	
Abbandono scolastico	6 (23%)	4 (15%)	n.s.	10 (19%)	2 (18%)	n.s.
Occupazione	24 (92%)	26 (96%)	n.s.	50 (94%)	9 (81%)	n.s.
Variabili relative all'Asse I						
Durata DUS (anni ± DS)	8,1 ± 5,4	8,4 ± 4,6	n.s.	8,2 ± 4,9	12,8 ± 3,7	p < 0,05
Età esordio DUS (media ± DS)	17,4 ± 4,3	16,1 ± 3,7	n.s.	16,8 ± 4,0	15,9 ± 2,7	n.s.
Poliabusatori	21 (81%)	19 (70%)	n.s.	40 (75%)	9 (82%)	n.s.
Familiarità positiva per DUS	6 (23%)	7 (26%)	n.s.	13 (24%)	2 (18%)	n.s.
Familiarità positiva per altri						
disturbi psichici	2 (8%)	3 (11%)	n.s.	5 (9%)	4 (36%)	p < 0,05
Diagnosi supplementare di Asse I	4 (15%)	3 (11%)	n.s.	7 (13%)	1 (9%)	n.s.
Precedenti trattamenti	5 (19%)	3 (11%)	n.s.	8 (15%)	5 (45%)	p < 0,05
D.U. alcool <i>lifetime</i>	7 (27%)	10 (37%)	n.s.	17 (32%)	5 (45%)	n.s.
D.U. cocaina <i>lifetime</i>	16 (61%)	10 (37%)	n.s.	26 (50%)	7 (63%)	n.s.
D.U. oppiacei <i>lifetime</i>	17 (65%)	16 (59%)	n.s.	33 (62%)	9 (82%)	n.s.
D.U. cannabinoidi <i>lifetime</i>	21 (81%)	20 (74%)	n.s.	41 (77%)	9 (82%)	n.s.
D.U. psicofarmaci <i>lifetime</i>	3 (11%)	5 (18%)	n.s.	8 (15%)	1 (9%)	n.s.
D.U. amfetamine <i>lifetime</i>	4 (15%)	2 (7%)	n.s.	6 (17%)	1 (9%)	n.s.
Variabili relative all'Asse II						
D. Paranoide di personalità	3 (12%)	5 (22%)	n.s.	8 (17%)	2 (20%)	n.s.
D. Schizoide di personalità	1 (4%)	0	n.s.	1 (2%)	0	n.s.
D. Schizotipico di personalità	1 (4%)	3 (13%)	n.s.	4 (8%)	0	n.s.
D. Antisociale di personalità	18 (72%)	15 (65%)	n.s.	33 (69%)	1 (10%)	p = 0,002
D. Borderline di personalità	9 (36%)	6 (26%)	n.s.	15 (31%)	3 (30%)	n.s.
D. Istrionico di personalità	3 (12%)	7 (30%)	n.s.	10 (21%)	0	n.s.
D. Narcisistico di personalità	5 (20%)	9 (39%)	n.s.	14 (29%)	0	n.s.
D. Dipendente di personalità	5 (20%)	6 (26%)	n.s.	11 (23%)	2 (20%)	n.s.
D. Evitante di personalità	7 (28%)	4 (17%)	n.s.	11 (23%)	1 (10%)	n.s.
D. Oss.Compulsivo di personalità	1 (4%)	3 (13%)	n.s.	4 (8%)	0	n.s.
D. Auto-frustrante di personalità	4 (16%)	8 (35%)	n.s.	12 (25%)	1 (10%)	n.s.
D. Pass-Aggressivo di personalità	4 (16%)	6 (26%)	n.s.	10 (21%)	2 (20%)	n.s.
Disturbo di personalità n.a.s.	6 (24%)	1 (4%)	n.s.	7 (15%)	3 (30%)	n.s.
Variabili relative all'Asse III						
Epatite B	2 (8%)	2 (7%)	n.s.	4 (7%)	0	n.s.
Epatite C	3 (11%)	6 (22%)	n.s.	9 (19%)	3 (27%)	n.s.
HIV+	2 (8%)	1 (4%)	n.s.	3 (6%)	0	n.s.
AIDS	0	0		0	0	
Stile I	5 (22%)	4 (16%)	n.s.	9 (17%)	0	n.s.
Stile II	16 (70%)	14 (56%)	n.s.	30 (57%)	7 (64%)	n.s.
Stile III	11 (48%)	16 (64%)	n.s.	27 (51%)	5 (45%)	n.s.
Stile IV	15 (65%)	13 (52%)	n.s.	28 (53%)	7 (64%)	n.s.

temente dal loro esito (*Completers*: N = 5, 45%; *Dropouts*: N = 8, 15%; $p < 0,05$);

- durata media dell'uso di sostanze: i soggetti che hanno completato il trattamento risultavano aver fatto uso di sostanze per un numero di anni significativamente maggiore (*Completers*: 12,80 \pm 3,70 anni; *Dropouts*: 8,25 \pm 4,97 anni; $p < 0,05$);
- diagnosi di disturbo Antisociale di Personalità: la prevalenza di disturbo antisociale è risultata significativamente maggiore nel gruppo dei soggetti che hanno abbandonato il trattamento (*Completers*: N = 1, 10%; *Dropouts*: N = 33, 69%; $p < 0,05$);
- qualsiasi diagnosi di *cluster B*: all'interno del campione di soggetti che hanno abbandonato il trattamento è stata rilevata una percentuale significativamente maggiore di pazienti che presentavano almeno una diagnosi di *cluster B* (*Completers*: N = 4, 40%; *Dropouts*: N = 37, 77%; $p < 0,05$);
- numero medio di diagnosi di Asse II: i pazienti che hanno abbandonato il trattamento risultavano avere un numero medio maggiore di diagnosi di Asse II (*Completers*: 1,50 \pm 1,04; *Dropouts*: 2,91 \pm 1,98; $p < 0,05$).

Le variabili risultate significative sono state quindi inserite in un disegno di regressione logistica *stepwise* in cui il completamento del trattamento figurava come variabile dipendente.

Solo due variabili sono state selezionate per descrivere la miglior equazione predittiva del completamento del trattamento: l'assenza di Disturbo Antisociale di Personalità e la presenza di esperienze pregresse di trattamento ($\chi^2 = 16,110$; $df = 2$; $p < 0,001$). Nel modello finale, sia i trattamenti pregressi ($B = 2,47$; $Wald = 4,29$; $p < 0,05$) che il disturbo antisociale di personalità ($B = -3,56$; $Wald = 6,93$; $p < 0,05$) risultavano significativi.

L'equazione basata su queste due variabili predice il completamento del trattamento con un'accuratezza dell'87%.

Discussione

Uno studio come il nostro deve necessariamente confrontarsi con un problema metodologico di notevole rilievo: definire cosa costituisca il successo o l'insuccesso del trattamento.

Le informazioni a nostra disposizione si limitano infatti esclusivamente ai dati clinici raccolti durante il ricovero o l'inserimento in comunità e non includono alcun dato relativo all'andamento della patologia del paziente dopo la dimissione o l'autodimissione dal trattamento (mantenimento della sobrietà/astinenza, ricadute ecc.); nell'assenza di dati di follow-up, diviene quindi necessario, con tutti i limiti che questo

comporta, identificare il successo del trattamento come la permanenza in comunità per il tempo minimo richiesto e il conseguente raggiungimento della *graduation*.

Partendo da queste premesse, il nostro studio mette in evidenza che, globalmente, una percentuale relativamente ridotta di pazienti, corrispondente al 17%, porta a termine un trattamento residenziale per disturbo da uso di sostanze. Seppure i tassi di completamento del trattamento riportati in letteratura varino considerevolmente da una ricerca all'altra²⁶, studi precedenti basati su analoghe tipologie di trattamento e di utenza, hanno riportato percentuali di successo simili se non addirittura inferiori (ad esempio, 13% nello studio di Keen et al.²).

Questo dato, apparentemente sconcertante, deve essere tuttavia letto alla luce della notevole gravità, sul piano psicopatologico, dei pazienti reclutati: si tratta infatti di soggetti con una durata media di malattia quasi decennale, per lo più poliabusatori, con alle spalle precedenti esperienze di fallimenti terapeutici e, per la quasi totalità, con un patologia comorbida di Asse II; come ricordato nell'introduzione, ognuna di queste caratteristiche è stata identificata, in studi precedenti, come fattore di rischio per l'interruzione precoce del trattamento residenziale per DUS.

Un'ulteriore considerazione riguarda l'assenza di differenze statisticamente significative tra i due gruppi di soggetti che, in momenti diversi, hanno abbandonato il trattamento; questo dato, che trova conferma in studi precedenti¹⁴, supporta l'ipotesi che le variabili che predispongono il soggetto ad abbandonare il trattamento per DUS non siano influenzate dal "timing", cioè un soggetto a rischio di *dropout* sembra esserlo in qualsiasi fase del trattamento.

I nostri risultati sono inoltre in linea con quelli di altri studi che suggeriscono che pazienti affetti da Disturbo Antisociale di personalità siano a più alto rischio di *dropout* nel momento in cui abbiano accesso ad un trattamento residenziale per DUS⁴. Interessante è, a questo proposito, il fatto che variabili come il numero medio di diagnosi di Asse II o la presenza di un qualsiasi disturbo di *cluster B*, non abbiano mostrato, sul completamento del trattamento, un potere predittivo altrettanto significativo quanto quello di una specifica diagnosi: quella, appunto, di antisocialità. I nostri dati indicano che i pazienti che hanno già intrapreso altri percorsi terapeutici (a prescindere dal loro esito) abbiano maggiore probabilità di portare a termine il trattamento attuale; l'aver compiuto precedenti tentativi terapeutici è, a nostro avviso, da considerarsi indicativo della motivazione al cambiamento del paziente e al riconoscimento della natura problematica del suo ricorso alle sostanze. Viene pertanto sottolineato il ruolo chiave che le variabili motivazionali rivestono nel trattamento di questa tipologia di disturbi³².

Per quanto le variabili personologiche abbiano dimostrato un considerevole potere predittivo sulla tenuta in trattamento, né gli stili difensivi né i singoli meccanismi di difesa hanno permesso di discriminare in maniera significativa i pazienti che abbandonano il trattamento da quelli che lo portano a termine. Ciò è in contrasto con precedenti studi che hanno suggerito che pazienti *dropout* utilizzino in maniera più massiccia difese di diniego e razionalizzazione rispetto a quelli che completano il trattamento¹⁶. I nostri risultati possono essere almeno in parte ricondotti all'uso di uno strumento auto-somministrato per la valutazione delle difese, la cui compilazione da parte dei pazienti può essere molto condizionata da un bias di desiderabilità sociale^{33 34}.

Nel complesso, i risultati supportano la necessità di identificare, in maniera quanto più precoce possibile, i pazienti a rischio di *dropout* (cioè i pazienti antisociali al primo tentativo terapeutico), allo scopo di mettere in atto adeguati interventi per rafforzare la compliance e la motivazione al trattamento; questa considerazione appare di notevole importanza soprattutto alla luce dell'osservazione che il tempo trascorso in trattamento correla significativamente con l'*outcome* a lungo termine³⁵. Un filone di ricerca che ha indagato quali caratteristiche dell'intervento terapeutico possano contribuire ad incrementare la percentuale di pazienti che completa il trattamento, ha

mostrato che l'uso del colloquio motivazionale³⁶, un approccio terapeutico empatico³⁷ e il coinvolgimento precoce del paziente nel trattamento³⁸ possono risultare efficaci.

Come tutti gli studi retrospettivi, il nostro contributo non è esente da alcuni evidenti limiti metodologici. I dati si basano infatti principalmente sull'analisi delle cartelle cliniche, comportando necessariamente, in alcuni casi, l'incompletezza o la mancanza di alcune informazioni; ciò può aver compromesso l'attendibilità di alcune delle conclusioni raggiunte. Nel tentativo di arginare il problema, si è puntato sulla natura standardizzata dei dati clinici raccolti (quali ad esempio l'uso dell'intervista strutturata SCID-II) e sulla precisa scelta di riferirsi a variabili per le quali un eventuale *collector's bias* potesse considerarsi di minimo impatto.

Un ulteriore limite insito nel presente studio è stato il ricorso a strumenti *self-report* nella raccolta della storia clinica di abuso e dipendenza da sostanze psicoattive e al solo giudizio clinico nella formulazione delle eventuali ulteriori diagnosi di Asse I in comorbidità; l'utilizzo di interviste strutturate – quali ad esempio l'*Addiction Severity Index*^{39 40} e SCID-I⁴¹ – avrebbe certamente permesso di disporre di indicatori più attendibili della gravità psicopatologica e garantito la possibilità di usufruire di un maggior numero di variabili predittive.

Bibliografia

- 1 Madeddu F. *Le strutture terapeutiche per il trattamento della tossicodipendenza: verso la trasformazione delle comunità*. In: Vigorelli M, editor. *Il lavoro della cura nelle istituzioni. Progetti, gruppi e contesti nell'intervento psicologico*. Milano, Franco Angeli 2005, p. 389-403.
- 2 Keen J, Oliver P, Rowse G, Mathers N. *Residential rehabilitation for drug users: a review of 13 months' intake to a therapeutic community*. Family Practice 2001;18:545-8.
- 3 Ward A, Hall W, Mattick R. *Role of maintenance treatment in opioid dependence*. Lancet 1999;353:221-6.
- 4 Martinez-Raga J, Marshall EJ, Keaney F, Ball D, Strang J. *Unplanned versus planned discharges from in-patient alcohol detoxification: retrospective analysis of 470 first-episode admissions*. Alcohol Alcohol 2002;37:277-81.
- 5 Armenian SH, Chutuape MA, Stitzer ML. *Predictors of discharges against medical advice from a short-term hospital detoxification unit*. Drug Alcohol Depend 1999;56:1-8.
- 6 Jeremiah J, O'Sullivan P, Stein MD. *Who leaves against medical advice?* J Gen Intern Med 1995;10:403-5.
- 7 Greenberg WM, Otero J, Villanueva L. *Irregular discharges from a dual diagnosis unit*. Am J Drug Alcohol Abuse 1994;20:355-71.
- 8 Claus RE, Kindleberger LR, Dugan MC. *Predictors of attrition in a longitudinal study of substance abusers*. J Psychoactive Drugs 2002;34:69-74.
- 9 De los Cobos JP, Trujols J, Ribalta E, Casas M. *Cocaine use immediately prior to entry in an inpatient heroin detoxification unit as a predictor of discharges against medical advice*. Am J Drug Alcohol Abuse 1997;23:267-79.
- 10 Simpson DD, Joe GW. *Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment*. Psychotherapy 1993;30:357-68.
- 11 Cook CA, Booth BM, Blow FC, McAleenan KA, Bunn JY. *Risk factors for AMA discharge from VA inpatient alcoholism treatment programs*. J Subst Abuse Treat 1994;2:239-45.
- 12 Deren S, Goldstein MF, Des Jarlais DC, Richman BL, Kang S, Flom PL. *Drug use, HIV-related behaviors and drop-out status of new admission and re-admission to methadone treatment*. J Subst Abuse Treat 2001;20:185-9.
- 13 Beck NC, Shekim W, Fraps C, Borgmeyer A, Witt A. *Prediction of discharges against medical advice from an alcohol and drug misuse treatment program*. J Stud Alcohol 1983;44:171-80.
- 14 Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C. *Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with Axis I disorders as predictors of treatment retention*. Addict Behav 1998;23:841-53.
- 15 Martinez-Raga J, Marshall EJ, Keaney F, Best D, Ball D, Strang J. *Hepatitis B and C in alcohol-dependent patients admitted to a UK alcohol inpatient treatment unit*. Addict Biol 2001;6:363-72.

- ¹⁵ Haller DL, Miles DR, Dawson KS. *Psychopathology influences treatment retention among drug-dependent women*. J Subst Abuse Treat 2002;23:431-6.
- ¹⁶ Wexler HK, De Leon G. *The therapeutic community: multivariate prediction of retention*. Am J Drug Alcohol Abuse 1977;4:145-51.
- ¹⁷ Madeddu F, Movalli MG, Prunas A. *I disturbi psichiatrici di Asse I e Asse II (DSM IV) nell'alcoldipendenza*. In: Manzato E, Barbera G, editors. *La comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza*. Atti della Riunione Monotematica della Società Italiana di Alcolologia, Zevio (VR), 5 dicembre 2000, p. 17-37.
- ¹⁸ Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA. *The course, treatment, and outcome of substance disorder in person with severe mental illness*. Am J Orthopsychiatry 1996;66:42-51.
- ¹⁹ Moos RH, Moos BS, Finney JW. *Predictors of deterioration among patients with substance-use disorders*. J Clin Psychol 2001;57:1403-19.
- ²⁰ Thomas VH, Melchert TP, Banken JA. *Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population*. J Stud Alcohol 1999;60:271-7.
- ²¹ Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Mulvaney FD. *The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients*. Drug Alcohol Depend 2001;61:271-80.
- ²² Ravndal E, Vaglum P. *The influence of personality disorders on treatment completion in a hierarchical therapeutic community for drug abusers: a prospective study*. Eur Addict Res 1995;1:178-86.
- ²³ Hatzitaskos P, Soldatos CR, Kokkevi A, Stefanis CN. *Substance abuse patterns and their associations with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder*. Compr Psychiatry 1999;40:278-82.
- ²⁴ Galen LW, Brower KJ, Gillespie BW, Zucker RA. *Sociopathy, gender and treatment outcome among outpatients substance abusers*. Drug Alcohol Depend 2000;61:23-33.
- ²⁵ Haro G, Mateu C, Martinez Raga J, Valderrama JC, Castellano M, Cervera G. *The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification*. Eur Psychiatry 2004;19:187-92.
- ²⁶ Van Stelle KR, Blumer C, Moberg DP. *Treatment retention of dually diagnosed offenders in an institutional therapeutic community*. Behav Sci Law 2004;22:585-97.
- ²⁷ Edens JF, Peters RH, Hills HA. *Treating prison inmates with co-occurring disorders: An integrative review of existing programs*. Behav Sci Law 1997;15:439-57.
- ²⁸ Linehan MM. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2001.
- ²⁹ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed. Revised (DSM III-R)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press 1987.
- ³⁰ Bond M, Vaillant JS. *An empirical study of the relationship between diagnosis and defence style*. Arch Gen Psychiatry 1986;43:285-8.
- ³¹ First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Benjamin L. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders (SCID II), Version 2.0*. New York, NY: Biometric Research Department, New York State Psychiatric Hospital 1994.
- ³² Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press 1991. (Tr. it.: Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol e di altre dipendenze. Trento: Erickson 1994).
- ³³ Lingiardi V, Madeddu F. *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2002.
- ³⁴ Madeddu F, Prunas A. *Meccanismi di difesa e alcol. Teoria e ricerca empirica*. In: Cerbini C, Biaginti CM, Dimauro PE, editors. *Alcolologia oggi. Nuove tendenze tra clinica ed ecologia*. Milano: Franco Angeli 2003, p. 55-62.
- ³⁵ Ball JC, Ross A. *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Springer Verlag 1991.
- ³⁶ Saunders B, Wilkinson E, Phillips M. *The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending methadone programme*. Addiction 1995;90:415-24.
- ³⁷ Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. *Process and outcome in psychotherapy - noch einmal*. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th Ed.* New York: Wiley 1994, p. 270-376.
- ³⁸ Mueser KT, Bennet M, Kushner MG. *Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illnesses*. In: Lehman AF, Dixon LB, editors. *Double jeopardy: chronic mental illness and substance use disorders*. Chur Switzerland: Harwood 1995, p. 9-25.
- ³⁹ McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. *The Fifth Edition of the Addiction Severity Index*. J Subst Abuse Treat 1999;9:199-213.
- ⁴⁰ Consoli A, Bennardo A. *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. A.S.I. Addiction Severity Index*. Roma: Centro Scientifico Editore 2001.
- ⁴¹ First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc. 1996.