



DOPPIA DIAGNOSI E TRATTAMENTO IN COMUNITA' TERAPEUTICA: CONSIDERAZIONI SUI PREDITTORI DI RITENZIONE

A. Cois (*), P. Congia (**), M. Portas (*)

(*) Associazione Mondo X Sardegna, Cagliari

(**) Servizio Tossicodipendenze ASL N° 8, Cagliari

All'interno del fenomeno tossicodipendenza, nel territorio della Regione Sardegna, così come in ambito più vasto, nazionale e internazionale, sta mostrando contorni sempre più marcati il problema dei soggetti che presentano, accanto alla tossicodipendenza/alcolodipendenza, concomitanti patologie psichiatriche.

Il problema è estremamente complesso e sta assumendo rilevanza sempre maggiore all'interno delle strutture, sia residenziali che ambulatoriali, che operano nel trattamento dei disturbi da abuso di sostanze: la presenza di patologie psichiatriche influenza, infatti, l'inizio e il decorso clinico del disturbo da uso di sostanze e ne condiziona negativamente la risposta terapeutica e gli esiti attesi [Farrokh, 1995], non potendo essere pertanto trascurato nella predisposizione di un adeguato programma terapeutico.

La generale e sostanzialmente condivisa constatazione che la doppia/multipla diagnosi psichiatrica costituisce un fattore prognostico sfavorevole per la risoluzione del disturbo da abuso di sostanze, ha bisogno però, per trasformarsi in strumento terapeutico e di gestione dei servizi, di sfuggire alla genericità e di specificarsi attraverso una esplorazione attenta delle diverse classi di disturbi e delle loro correlazioni con le variabili di trattamento, gli indicatori di successo e le caratteristiche della storia d'abuso.

La presente comunicazione riporta, a questo proposito, i dati preliminari di uno studio a sviluppo triennale (parte di un progetto cofinanziato dalla Regione Sardegna sui fondi della legge 309/90) sulle correlazioni tra le caratteristiche psicopatologiche degli utenti che afferiscono alle Comunità Terapeutiche dell'Associazione Mondo X Sardegna e alcune variabili del percorso terapeutico, e intende proporre elementi di riflessione su alcune variabili che possono essere considerate, in un trattamento di tipo residenziale drug-free, come predittori della ritenzione: elemento, questo, fortemente correlato all'esito favorevole del trattamento, come assodato in letteratura e anche verificato statisticamente per gli utenti delle Comunità Mondo X Sardegna [Cois et al., 1995].

Introduzione

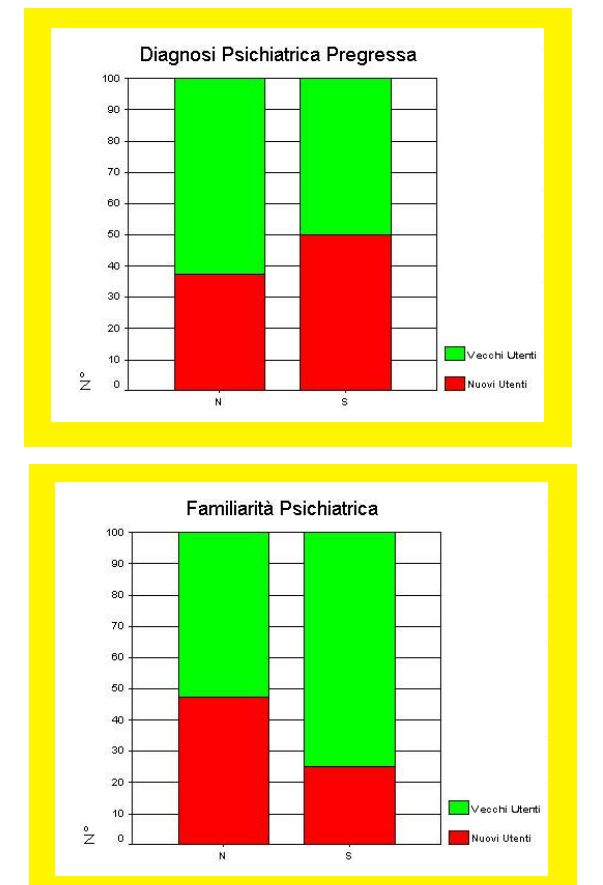
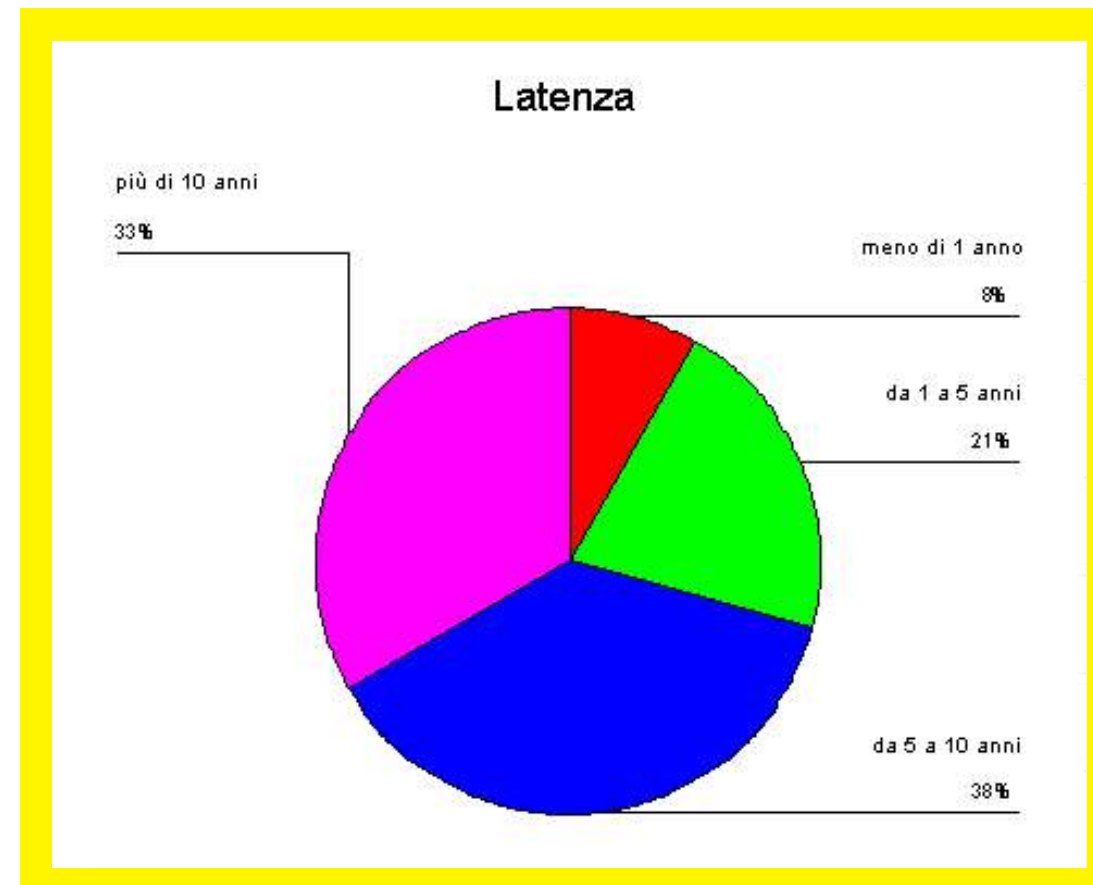
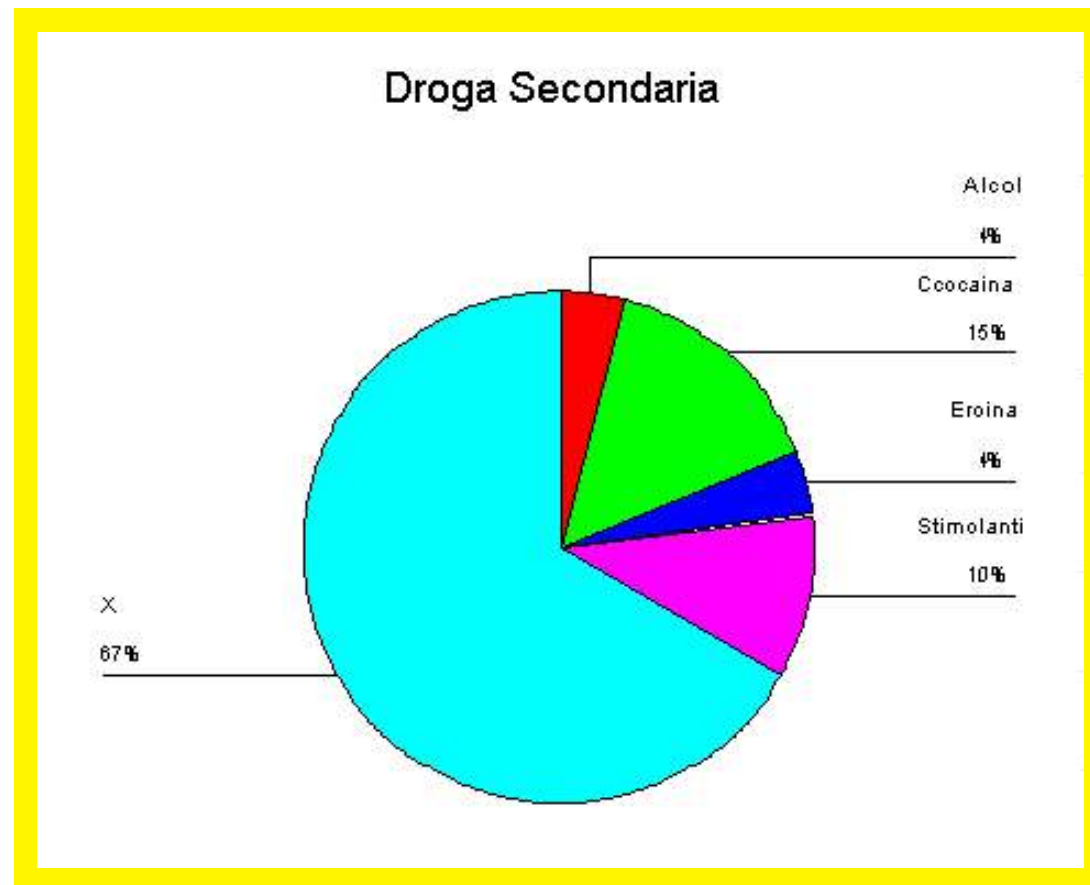
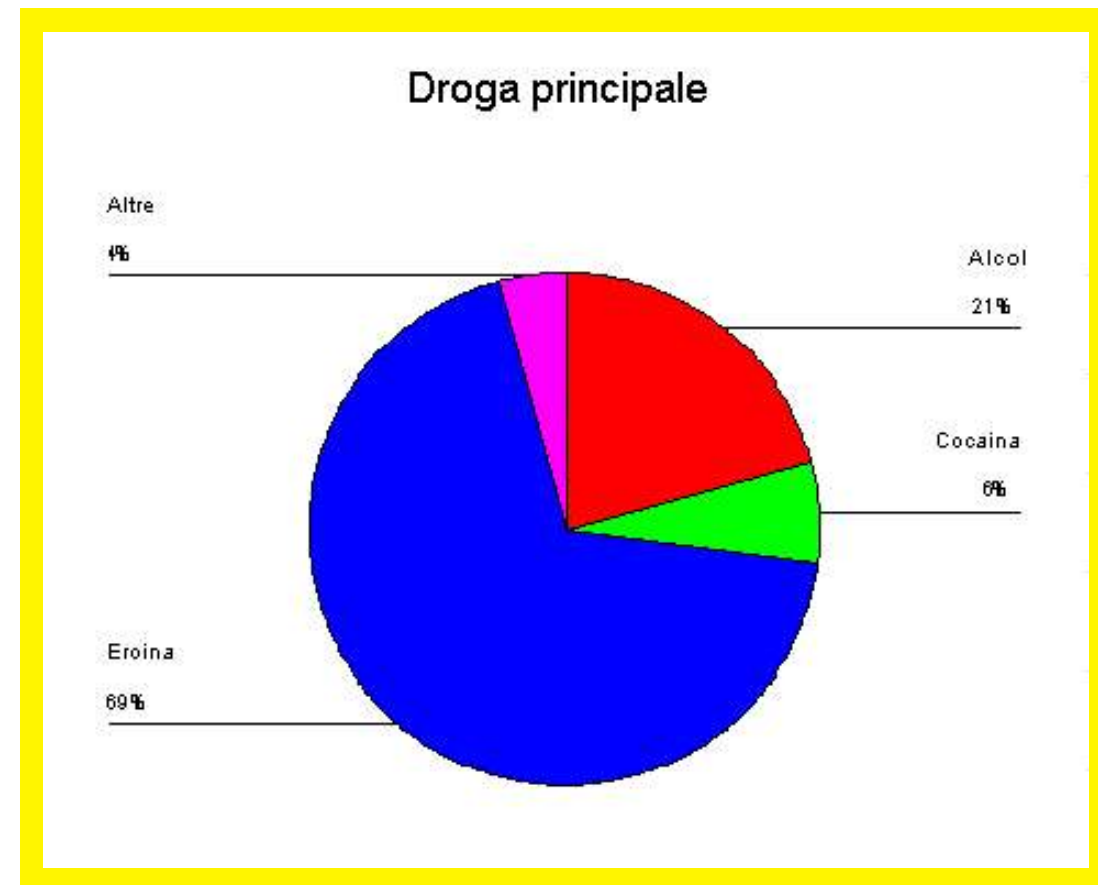
Il campione preso in esame dalla presente comunicazione è costituito dalla totalità degli utenti della **Comunità Terapeutica Residenziale "Campu'e Luas"** dell'Associazione Mondo X Sardegna nel periodo **01.09.2001 - 31.07.2002**.

Si tratta di un totale di **58 utenti** (55 maschi e 3 femmine), di cui 28 (26 maschi e 2 femmine) erano già presenti nella struttura prima dell'inizio dello studio, mentre i restanti 20 (19 maschi e 1 femmina) vi hanno fatto ingresso nel periodo di riferimento.

I soggetti, tutti adulti (età comprese da 21 a 45 anni, con media 32 per il gruppo dei nuovi utenti e tra 24 e 52 con una media di 33 per i vecchi), presentano come tratto comune una storia di dipendenza, in massima parte da eroina, che ha costituito il motivo della presa in carico.

I dati fondamentali sul **consumo di droghe**, sulla **durata del periodo di dipendenza** (latenza), sulle **prese in carico psichiatriche precedenti all'ingresso in Comunità** e sulla **familiarità per problemi psichiatrici** sono riportate in grafico.

Il campione



Valutazione Psicopatologica

Il parametro principale utilizzato per la valutazione della ritenzione in trattamento è costituito dalle curve di sopravvivenza stimate secondo il metodo di **Kaplan-Meier** [Kleinbaum DG, 1996], che rappresentano, per ciascun punto significativo "x" dell'asse temporale, la probabilità che un utente appartenente ad una determinata classe sia ancora in trattamento dopo "x" mesi dall'inizio dello stesso.

La scelta dell'utilizzo di dette funzioni, in alternativa alle più comuni (e più facilmente trattabili dal punto di vista statistico) curve di ritenzione e/o valori medi di permanenza in trattamento, nasce dalla necessità di utilizzare anche le informazioni relative a quegli utenti che, al momento della conclusione dello studio, sono ancora in trattamento, e per cui non ha ovviamente senso parlare di valori precisi di permanenza, quanto piuttosto di limiti inferiori di tale grandezza.

Per ciascun potenziale predittore di ritenzione si è utilizzata la seguente procedura:

- 1) stratificazione del campione secondo i valori della variabile in esame (con eventuale riduzione a scala ordinale delle variabili ad intervalli);
- 2) calcolo delle curve di sopravvivenza per ciascun gruppo;
- 3) testing della significatività statistica della differenza tra le curve ($p < 0,005$ e $p < 0,001$) con il test di **Tarone-Ware** (una versione del test di Wilcoxon che tiene conto in modo maggiore degli eventi che si verificano ad intervalli brevi rispetto a quelli più lunghi, che è una metodica ragionevole per lo studio in esame, in cui gli abbandoni significativi sono quelli che si verificano nella prima parte del percorso).

Le variabili testate sono elencate nella tabella: accanto ad ognuna sono riportati i valori di significatività statistica della relazione con la permanenza in trattamento come misurata secondo il metodo esposto.

I dati mancanti sono stati trattati con il metodo della *pairwise deletion*, per limitare la perdita informativa.

I problemi metodologici della presente ricerca, che costituisce solo una fase preliminare di una più vasta a sviluppo triennale, riguardano due ordini di fattori, il primo dei quali di natura squisitamente statistica, e il secondo legato invece alla stratificazione del campione complessivo rispetto alla somministrazione dei test.

Il primo fattore deriva dalla scarsa numerosità del campione, che rende molto difficile ottenere valori di significatività statistica nei test se non in presenza di relazioni estremamente forti tra le variabili in esame: è un problema che è stato parzialmente affrontato riducendo a valori di poche unità il numero delle classi in cui raggruppare i casi (in modo da assicurare una numerosità adeguata alla singola classe) e conglobando le variabili fra loro, ma che può trovare adeguata soluzione solo nello sviluppo della ricerca con il conseguente incremento della numerosità del campione.

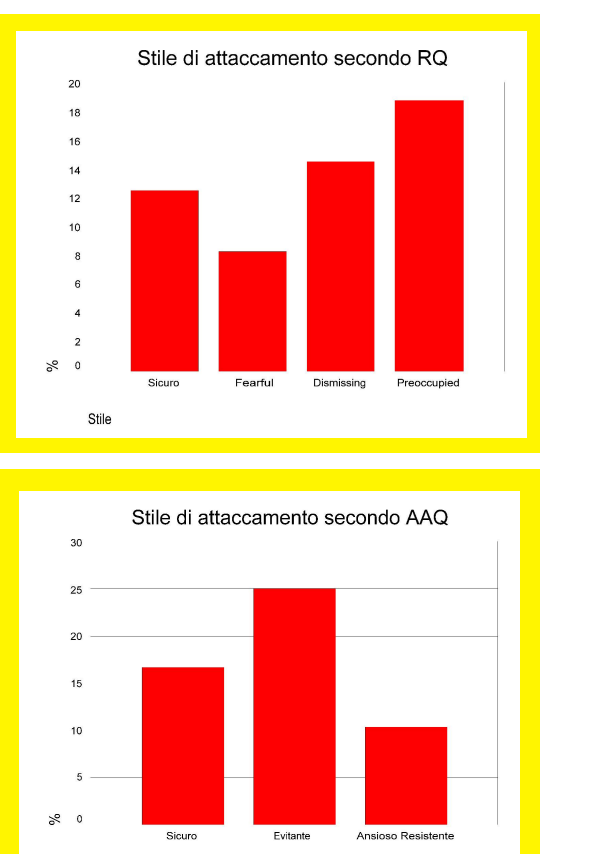
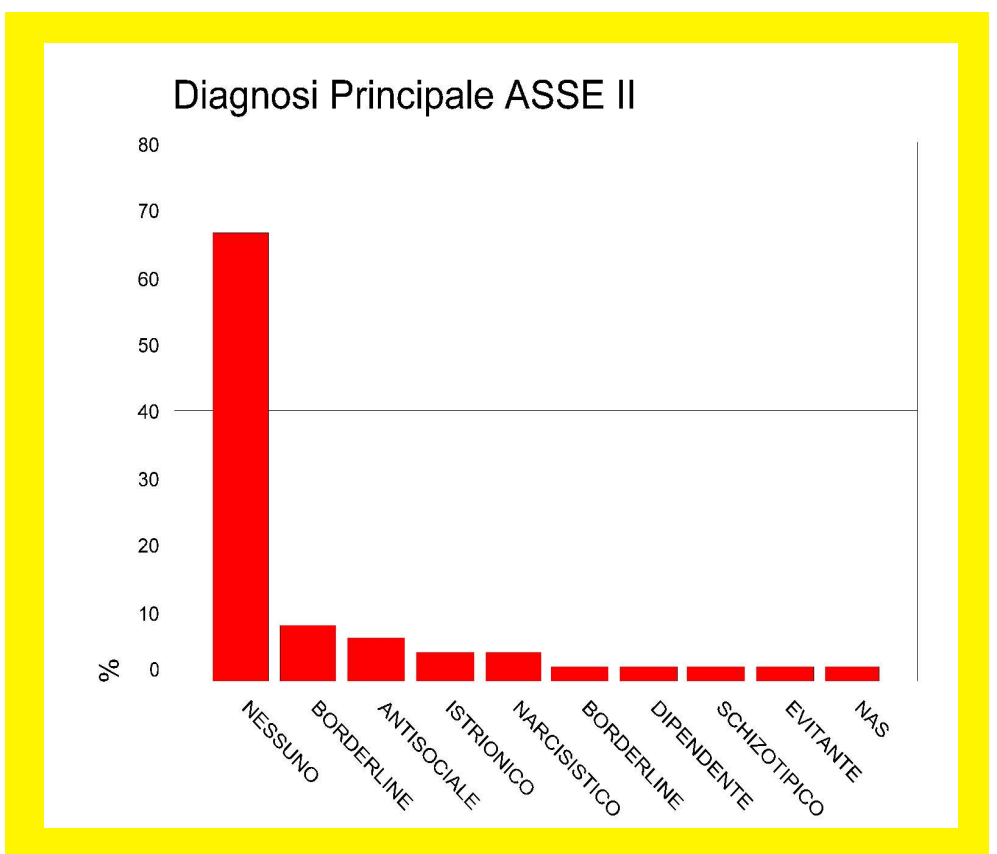
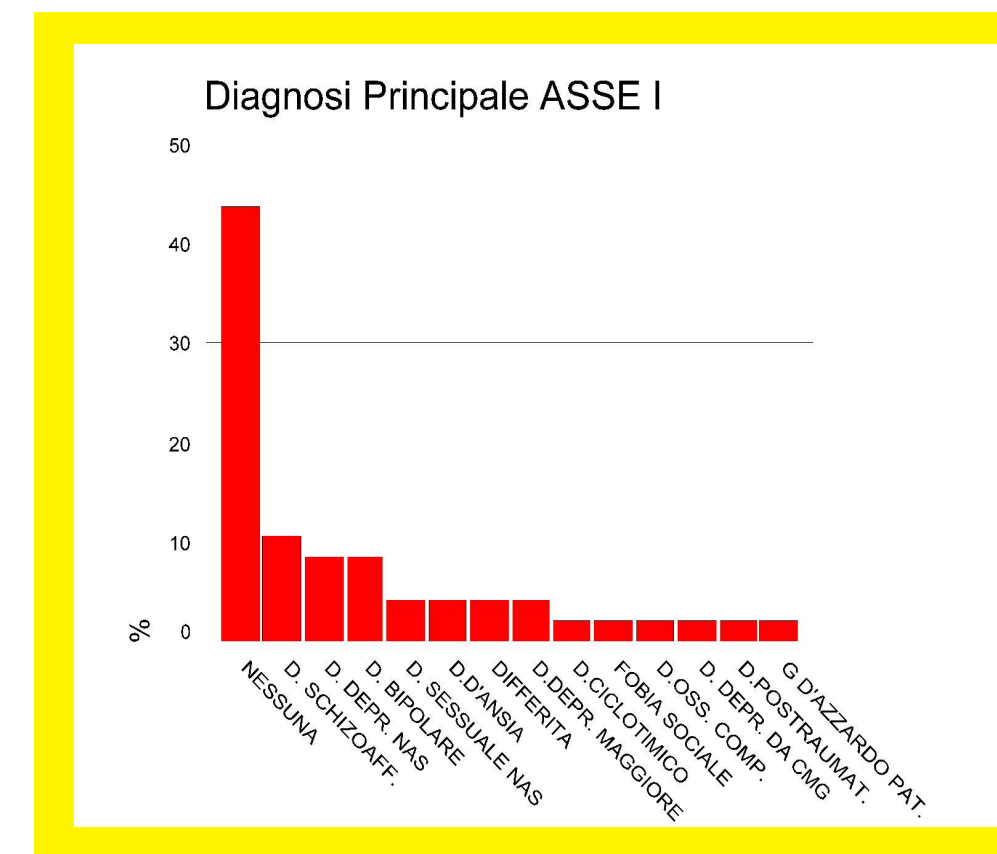
Il secondo problema nasce dal fatto che la somministrazione dei test al gruppo di utenti già presenti nella struttura al momento di inizio dello studio è avvenuta mediamente dopo 25 (Sd = 16) mesi dall'inizio del trattamento, mentre per il gruppo dei nuovi utenti la somministrazione è avvenuta nella primissima fase del trattamento. Ciò provoca una certa discrepanza nelle valutazioni di alcuni test per le due categorie di utenti, rendendoli di fatto inutilizzabili per una classificazione: si è scelto perciò di utilizzare per il confronto delle curve solo i risultati dei test che presentano una certa stabilità nel tempo (come la valutazione degli stili di personalità o dei disturbi di asse II del Millon, o gli stili di accudimento e attaccamento), evitando la ricerca di correlazioni con i risultati dei tests strettamente legati allo stato, come il BDI o lo STAI X2).

Le figure riportano in forma sintetica i risultati della valutazione psicopatologica degli utenti del campione secondo lo schema multiassiale del DSM-IV [American Psychiatric Association, 1996]. La valutazione è stata realizzata dall'équipe psicopedagogica della Comunità, integrando nel colloquio clinico psichiatrico e psicologico le informazioni raccolte attraverso la somministrazione del *Millon Clinic Multiaxial Inventory* (MCM-III) [Choca et al., 1996], e, se del caso, del *Beck Depression Inventory* (BDI) e dello *State Trait Anxiety Inventory* (STAI X1/X2). La valutazione, per le diagnosi suscettibili di variazioni nel tempo, si riferisce alle condizioni degli utenti nel periodo iniziale dello studio.

Agli utenti è stata anche somministrata una batteria di test per la individuazione degli stili di accudimento (*Parental Bonding Instrument*, PBI) [Parker et al., 1979] e di attaccamento (*Relationship Questionnaire*, RQ e *Adult Attachment Questionnaire*, AAQ) [Crowell et al., 1995]: la classificazione secondo gli stili di attaccamento è riportata graficamente.

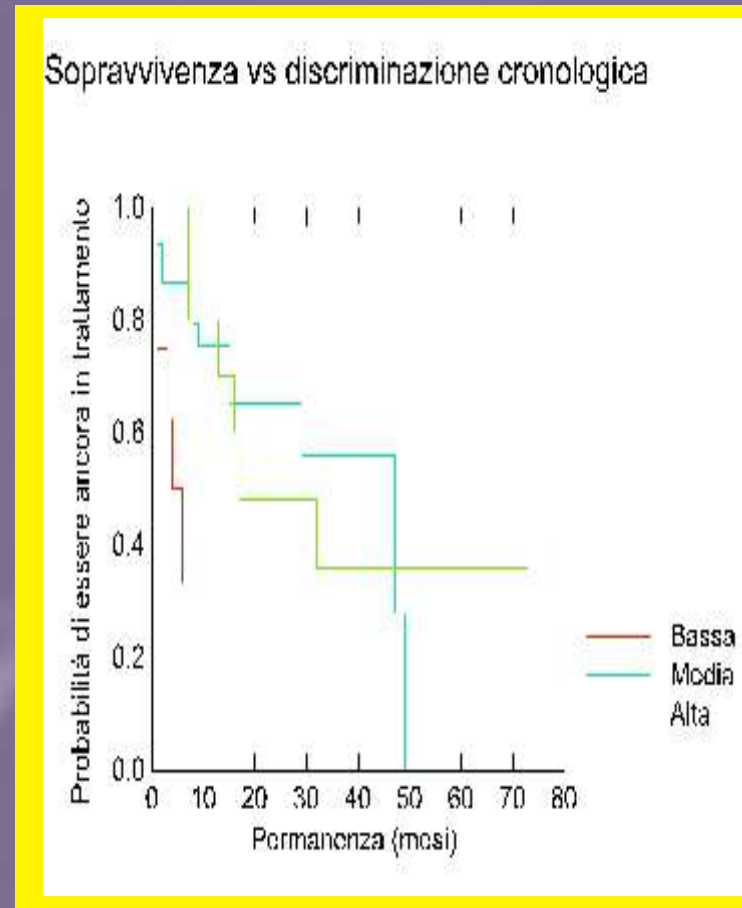
Infine, l'équipe ha realizzato per ciascun utente una valutazione della capacità metacognitive secondo i criteri proposti dalla *Scala di valutazione del livello di articolazione ed integrazione dell'esperienza* (SVAI) (versione provvisoria di G. Mannino, IPRA, Roma).

Strumenti utilizzati e problemi metodologici



La ritenzione: osservazioni sui fattori predittivi

PREDITTORE	LIVELLO DI SIGNIFICATIVITA'
VARIABILI STORIA DI ABUSO	
Droga principale	n.s.
Latenza (tempo che intercorre dall'inizio dell'uso della droga principale all'inizio della terapia)	n.s.
Politossicodipendenza	n.s.
Familiarità per tossicodipendenza/Alcolodipendenza	n.s.
Terapie non residenziali pregresse	n.s.
Terapie residenziali pregresse	n.s.
CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE	
Stili di personalità secondo Millon	n.s.
Cluster disturbi di personalità secondo Millon	<0,001
Cluster diagnosi Asse I secondo Millon	n.s.
CAPACITÀ METACOGNITIVE	
Individuazione emozioni	n.s.
Esperienza immediata vs spiegazione	n.s.
Punto di vista degli altri	n.s.
Discriminazione cronologica	<0,005
Integrazione cronologica	n.s.
Integrazione causale	n.s.
Generatività	n.s.
Specificità tematica	<0,005
STILI DI ATTACCAMENTO	
Stile di attaccamento secondo il Relationship Questionnaire	n.s.
Stile di attaccamento secondo l'Adult Attachment Questionnaire	n.s.
CARATTERISTICHE DI ACCUDIMENTO PARENTALE	
Tipo di parenting secondo Parental Bonding Instrument	n.s.



Discussione

La presenza tra i predittori significativi di variabili correlate alla presenza/assenza e tipologia di diagnosi di Asse II del DSM-IV e a capacità di tipo metacognitivo e la corrispondente assenza di indicatori in qualche modo correlati ai disturbi di Asse I spinge ad alcune considerazioni.

Considerazioni che partono dalla evidente necessità di superare, nelle riflessioni sulle implicazioni della doppia diagnosi nella risposta terapeutica e negli esiti dei trattamenti per la tossicodipendenza, la concezione abbastanza diffusa (anche tra gli operatori dei servizi) secondo cui l'influenza negativa della seconda diagnosi psichiatrica sul decorso della tossicodipendenza sia semplicemente correlata alla "gravità" del disturbo in una scala di senso comune che vede al primo posto i disturbi di tipo psicotico, seguiti da quelli dell'umore e d'ansia: quei disturbi cioè legati ad uno stato di alterazione in qualche modo "acuto" e visibile immediatamente della funzionalità psichica.

La nostra esperienza clinica all'interno della Comunità Terapeutica già da tempo porta a riflettere come questa rappresentazione sia estremamente riduttiva e in molti casi francamente fuorviante: ciò a partire dall'osservazione dei frequenti casi di utenti che, pur non soddisfacendo i criteri per la diagnosi di alcun disturbo clinico, si presentano come "difficili" da trattare per una serie di disturbi "sottosoglia" o, complessivamente, per una struttura della personalità di difficile integrazione nel tessuto relazionale della Comunità. Sono utenti che, pur presentando molti elementi di differenziazione, mostrano come tratto comune una complessiva ridotta capacità di "interiorizzare" l'esperienza della Comunità Terapeutica: il percorso terapeutico può protrarsi, allora, anche per tempi non brevissimi con modalità esteriori tutto sommato adeguate in termini di comportamento, ma poi con grande facilità può "crollare" perché privo di un reale fondamento in termini di cambiamento personale.

All'interno di queste considerazioni i dati suestosi possono essere interpretati, a nostro parere, in termini di conforto. La presenza di variabili cognitive e di variabili che misurano gli stili di personalità tra quelle significative pone proprio l'accento su due delle caratteristiche in qualche modo correlabili ad una ridotta capacità di "interiorizzare" un percorso terapeutico di tipo Comunitario, centrato sugli strumenti cardine della responsabilizzazione individuale e del confronto diretto col gruppo dei pari: la ridotta capacità di "comprenderlo" nel suo significato (indicata dai valori bassi nelle scale di valutazione per le capacità cognitive) e la tendenza a creare relazioni disfunzionali con gli altri che non consentono una adeguata confronto di gruppo (indicata dall'appartenenza a cluster di personalità patologici).

L'assenza di evidenze di correlazioni per variabili di Asse I può essere invece interpretata, a nostro parere, anche alla luce dell'osservazione che per diversi disturbi di Asse I sono disponibili strumenti terapeutici psicofarmacologici in grado di compensare il disturbo, almeno parzialmente: possibilità sostanzialmente preclusa ai disturbi del secondo asse.

In definitiva si ritiene che i dati presentati, pur nella loro parzialità, possano costituire un invito ad approfondire la conoscenza delle caratteristiche psicopatologiche degli utenti dei servizi, superando la focalizzazione sul solo disturbo "acuto" di rilevanza clinica per passare ad una analisi più attenta delle strutture sottostanti, che, se non sempre raggiungono la soglia del disturbo diagnosticabile, spesso costituiscono la vera variabile da considerare per una efficace gestione dei percorsi terapeutici di tipo residenziale.

Lo sviluppo dello studio con l'allargamento della base campionaria e l'utilizzo di un protocollo diagnostico più strutturato sulla base delle indicazioni di questa fase preliminare, consentirà di verificare nel tempo le considerazioni appena accennate.

Bibliografia

Cois A., Ganadu L., Morittu S. (1995). Uno studio di follow-up su 545 eroinomani ammessi in comunità residenziale tra il 1980 e il 1992. Boll. per le Farmacodip. e l'Alcol., anno XVIII, N° 3.

American Psychiatric Association (1996). DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano - Parigi Barcellona.

Crowell J. A., Treboux D. (1995). A review of Adult Attachment Measures: implications for theory and research. Social Development, 4, 294-327.

Parker, G., Tupling, H., and Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. British Journal of Medical Psychology, 52, 1-10.

Farrokh A., Stephens R. C., Llorens S., Orris B. (1995). A review of factors affecting treatment outcomes: expected Treatment Outcome scale. Am. Jour. Drug Alcohol Abuse, 21 (4), 483-509.

Choca J. P., Shanley L. A., Van DenBurg E. (1996). Guida Interpretativa del Millon Clinical Multiaxial Inventory. IFREP, Roma.

Kleinbaum DG. (1996). Statistics in the health sciences: Survival analysis. Springer-Verlag, New York.

L'analisi riportata in Tabella dei valori di significatività delle correlazioni delle diverse variabili evidenzia che le uniche che mostrano una correlazione con la ritenzione in trattamento sono i **cluster dei disturbi di personalità** ricavati dall'analisi del MCM-III [Choca et al., 1996] e due delle caratteristiche metacognitive secondo la scala proposta dalla SVAI, e precisamente la capacità di **discriminazione cronologica** (cioè la capacità di effettuare distinzioni cronologiche all'interno della propria esperienza) e la **specificità tematica** (cioè la capacità di decontestualizzare gli episodi autobiografici, mettendone in luce gli aspetti comuni).

In particolare la correlazione mostra che sono significativamente superiori le sopravvivenze in trattamento degli utenti che presentano capacità di discriminazione cronologica e di specificità tematica maggiori, per quanto riguarda le capacità metacognitive. Per ciò che concerne invece i cluster di disturbo di personalità, l'analisi mostra che la probabilità di sopravvivenza in trattamento è maggiore per gli utenti che non presentano disturbi, mentre per quelli con una diagnosi di disturbo, decresce nel passaggio dal cluster B (amplificativo-emotivo: comprende i disturbi Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico), al cluster C (ansioso-pauroso: comprende i disturbi evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo), al cluster A (strano-eccentrico: raggruppa i disturbi Schizoide, Schizotipico e Paranoide).

La correlazione non è dimostrabile invece per gli altri parametri in esame, per quanto le considerazioni metodologiche suesposte non autorizzino interpretazioni "forti" di questa affermazione (nel senso di escludere la presenza di una correlazione): l'utilizzo di campioni più ampi potrebbe portare in luce correlazioni non evidenti in questa analisi, e particolarmente ciò potrebbe essere vero per quelle variabili che raggiungono un livello di probabilità adeguatamente basso, pur situandosi al di sopra del livello di significatività impostato ($p > 0,001$ o $p > 0,005$).

Specificamente, tra le variabili predittive riportate in Tabella, andrebbero ulteriormente esaminate quelle relative agli Stili di personalità secondo Millon, agli Stili di attaccamento secondo l'AAQ, e alla Capacità di Integrazione cronologica secondo la SVAI, che presentano valori di p sufficientemente bassi da meritare ulteriori approfondimenti.

Ciò consente di affermare in modo statisticamente significativo, che il cluster di disturbo di personalità di appartenenza (come rilevato dal MCM-III) e le capacità di integrazione cronologica e specificità tematica, possono costituire un elemento predittore della permanenza in trattamento.

