

Valutazione del rischio di drop-out in una popolazione di pazienti affetti da disturbo dell'umore

Drop-out risk factors in mood disorder: a clinical study

MARCO ARMANDO¹, MARCO BENSI¹, MARTINA BRANDIZZI¹, VIVIANA CENSI¹,
JULIANA FORTES LINDAU², PAOLO FIORI NASTRO¹

¹Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Prima Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sapienza Università di Roma

²Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso – NESMOS, Ospedale Sant'Andrea, Seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sapienza Università di Roma

RIASSUNTO. Scopo. L'obiettivo principale dello studio è stato quello di (i) valutare le percentuali di drop-out in un campione di pazienti affetti da disturbo dell'umore in un ambulatorio di psicoterapia; (ii) individuare le variabili cliniche e socio-demografiche che predicano il rischio di drop-out; (iii) disegnare un profilo psicopatologico del paziente drop-out mediante l'utilizzo di due test: l'SCL-90-R e l'OPD. **Materiali e metodi.** Il campione dello studio è costituito da 90 pazienti affetti da disturbo dell'umore. Sono state distinte due categorie di esito: drop-out e non drop-out. A ciascun paziente è stata somministrata la scala SCL-90-R in occasione del primo colloquio. A conclusione del primo colloquio è stata effettuata una valutazione psicodinamica sulla base del primo e del quarto asse dell'OPD. Sono state analizzate le principali associazioni tra variabili cliniche e sociodemografiche e drop-out, tra drop-out e punteggi alle scale dimensionali dell'SCL-90-R e tra drop-out e punteggi agli item dell'asse I e IV dell'OPD. **Risultati.** Circa il 42% dei pazienti del campione è risultato drop-out. I punteggi patologici alla scala della sensibilità interpersonale e della paranoia hanno dimostrato essere correlati significativamente al drop-out. Una scarsa compliance, una scarsa integrazione delle difese, della percezione di sé, della percezione dell'oggetto e del legame hanno dimostrato un potere predittivo del rischio di drop-out. **Discussione.** Il drop-out è un fenomeno frequente nei pazienti affetti da disturbo dell'umore. Le risorse sul piano delle capacità relazionali del paziente influenzano il rischio di drop-out. Si sottolinea l'importanza, nell'individuazione di questi pazienti, di considerare le caratteristiche soggettive del paziente e di come esse si modulino in funzione delle relazioni.

PAROLE CHIAVE: psicoterapia, drop-out, disturbi del sé, disturbi dell'umore.

SUMMARY. Introduction. The aims of this study are (i) to assess the drop-out rate in an outpatient sample with mood disorder diagnosis in a psychotherapy unit; (ii) to focus clinical and sociodemographic variables related with drop-out; (iii) to delineate a psychopathological profile of the dropping-out patient through the SCL-90-R and OPD scores. **Method.** The sample of this study includes 90 depressive patients, which came to our service for a psychotherapy. The outcome is classified as drop-out and non drop-out. Each patient is submitted to the multidimensional scale SCL-90-R in the course of the first interview. At the end of the first visit each patient has been evaluated through the first and the fourth OPD axis. A descriptive analysis of all the data collected was made and the principal links between clinical and sociodemographic variables and drop-out, between SCL-90-R score and drop-out, and between OPD scores and drop-out were detected. **Results.** About 42% of the patients were drop-out, of which 89% by the third session. The variables associated with drop-out are: pathological score in the paranoid and interpersonal sensibility scale of SCL-90-R, low compliance scores, low integration of defences, self perception, object's perception and link. **Discussion.** The drop-out rate in depressive patients turned out to be frequent. The patient's resources in terms of relationship, self-perception and object's perception are strongly related to the drop-out risk. These results are suggestive for the idea that the evaluation of drop-out risk in psychiatric patients must considerate the subjective aspects of the patient besides the clinical features.

KEY WORDS: psychotherapy, drop-out, self-disturbances, mood disorders.

E-mail: paolo.fiorinastro@uniroma1.it
marco.armando@uniroma1.it

INTRODUZIONE

I disturbi depressivi rappresentano la prima causa di disabilità in adulti con età compresa tra i 19 e i 45 anni nel mondo occidentale, causando circa il 14% del totale della Years Lived with Disability (YLD) e rappresentando la prima causa di Disability Adjusted Life Years (DALY) nei Paesi sviluppati (1). Più del 15% degli adulti presenta un episodio depressivo lifetime (*lifetime prevalence*), dal 4% al 10% della popolazione generale ha sofferto di un episodio depressivo nell'anno precedente (*one year prevalence*), mentre l'incidenza per anno varia dall'1,6% al 7,5%. Di questi soggetti, il 20% non andrà incontro a remissione completa e il 70-80% manifesterà almeno un secondo episodio depressivo (2-4). Inoltre, i disturbi depressivi spesso si presentano in comorbidità con altre patologie psichiatriche e somatiche, presentano elevati costi di gestione, peggiorano la qualità di vita dei pazienti, determinando più del 50% della diminuzione del Quality Adjusted Life Years (QUALY) a livello di popolazione (5,6).

Tra le diverse variabili potenzialmente coinvolte nell'influenzare il decorso e l'outcome dei disturbi depressivi, i frequenti fenomeni di non-adherence e di drop-out sembrano rappresentare una delle principali determinanti delle frequenti ricadute e dei fenomeni di cronicizzazione dei disturbi depressivi, a prescindere dall'approccio terapeutico utilizzato (psicoterapia, farmacoterapia, terapia integrata).

I tassi di non aderenza al trattamento farmacologico variano dal 10% al 60%, hanno un andamento crescente in relazione alla durata del trattamento (7-11) e non dipendono dalla classe di farmaci utilizzati (12), mentre per quanto concerne i trattamenti psicoterapeutici i tassi di drop-out oscillano dal 30% al 60% e si concentrano quasi interamente nel primo periodo della psicoterapia, diminuendo vertiginosamente dopo le prime tre sedute, fino quasi a scomparire dopo alcuni mesi dall'inizio del trattamento (13).

In particolar modo l'interruzione prematura del trattamento per un paziente al primo episodio depressivo può rappresentare di per sé un fattore di rischio rispetto alla cronicizzazione della patologia (14-16). Alcuni studi longitudinali hanno dimostrato come un episodio depressivo, soprattutto quando si presenta in adolescenza, sia associato a un aumento del rischio di ricaduta sia in adolescenza sia nell'età adulta (17,18). Di conseguenza, l'identificazione precoce e il trattamento adeguato ed efficace di un primo episodio depressivo potrebbero diminuire il rischio di ricadute e cronicizzazione del quadro patologico e arrestare i tassi di prevalenza in crescita per tale patologia (19,20). Una migliore aderenza ai trattamenti si è mostrata in

fatti predittiva per un miglioramento delle condizioni cliniche di questi pazienti (21). Emerge, dunque, l'importanza di identificare precocemente questi pazienti a rischio di drop-out e avviare una rapida e opportuna presa in carico, potenziando l'aderenza ai trattamenti, al fine di prevenire le conseguenze avverse, quali un peggioramento del funzionamento sociale e lavorativo, e il rischio di cronicizzazione che spesso conseguono al primo episodio depressivo.

Mentre la non-adherence ai trattamenti farmacologici è stata esplorata in modo più approfondito (4-8,22,23), meno sono stati indagati i fattori correlati agli alti tassi di drop-out nella psicoterapia dei disturbi depressivi (nonostante tale indirizzo terapeutico si sia mostrato molto efficace soprattutto per i pazienti giovani e al primo episodio depressivo) (24).

A nostra conoscenza, inoltre, non esiste a oggi nessuno studio che abbia valutato tra le possibili variabili che influenzano il rischio di drop-out quelle legate al vissuto di malattia e alla struttura del paziente affetto da depressione.

Più specificatamente intendiamo far riferimento nel nostro studio a una caratteristica disposizione individuale ad avere esperienze e comportamenti di un dato tipo che vengono elicitati nell'ambito dei rapporti interpersonali e quindi in particolar modo nel colloquio psicodinamico.

Secondo la prospettiva psicodinamica, la struttura del paziente depresso è caratterizzata da una vulnerabilità narcisistica di base o da una fragile autostima (25), da una tendenza a manifestare affetti quali rabbia e aggressività, e conseguente senso di colpa e autode-nigratura, da un Super-io perfezionista ed esigente, da più o meno gravi difficoltà a stabilire e a mantenere relazioni interpersonali (come conseguenza di rapporti problematici con i genitori e altri rapporti significativi nell'infanzia) e da un uso massiccio di potenti meccanismi di difesa, quali rimozione, spostamento, negazione (nel tipo anaclitico), intellettualizzazione, formazione reattiva e razionalizzazione (nel tipo introiettivo) (26,27). Nel nostro studio verranno indagate solo alcune dimensioni strutturali di questi pazienti e in particolar modo la percezione di sé, l'autoregolazione, la presenza di eventuali modalità difensive, la percezione dell'oggetto (e quindi del terapeuta) e la comunicazione. Tali caratteristiche sono state analizzate mediante uno strumento psicométrico che valuta tali aspetti soggettivi in modo operazionalizzato e quindi oggettivabile e che verrà presentato in maniera più esaustiva nel paragrafo dedicato alla metodologia.

Pertanto, questo studio si propone di indagare la frequenza del drop-out, esplorare eventuali variabili che siano in grado di individuare i soggetti a maggior

rischio di drop-out, prendendo però in considerazione anche gli aspetti soggettivi del paziente che, secondo la nostra ipotesi di lavoro, sono in grado di influenzare in maniera determinante il rischio di drop-out, ovvero la mancata accettazione di una relazione terapeutica.

MATERIALI E METODI

Campione

Il campione del nostro studio è costituito da 90 pazienti giunti presso la UOD di psichiatria e psicoterapia del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica della Sapienza Università di Roma.

I criteri di inclusione sono stati: la presenza di una diagnosi di disturbo dell'umore secondo i criteri del DSM-IV-TR (disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico, disturbo depressivo NAS), il completamento della fase di assessment e il consenso all'utilizzo dei dati personali ai fini di ricerca secondo la vigente normativa in tema di trattamento dei dati personali.

Dei 100 pazienti totali, 64 pazienti sono femmine (71%) e 26 sono maschi (29%). L'età media è di $37 \pm 12,9$ anni (range: 18-68 anni), 59 pazienti hanno conseguito il diploma di scuola media superiore (65%), 14 il diploma di scuola media inferiore (16%), 16 sono laureati (18%) e 1 paziente non ha proseguito gli studi oltre la scuola elementare (1%).

La maggior parte dei pazienti è single (46 pazienti, 51%) e stabilmente impiegato (56 pazienti, 61%).

Da un punto di vista clinico, 44 pazienti si sono rivolti autonomamente al servizio (50%), 18 sono stati inviati dal medico di medicina generale (20%) e 28 sono stati inviati da uno psichiatra (30%). 44 pazienti non hanno in anamnesi precedenti trattamenti psichiatrici (49%), 17 hanno eseguito in precedenza una psicoterapia (19%), 13 una terapia psicofarmacologica non specificata (14%) e 16 pazienti hanno precedenti anamnestici di entrambi i trattamenti (18%).

Da un punto di vista diagnostico, 18 pazienti (20%) risultano affetti da disturbo depressivo maggiore senza sintomi psicotici, 34 pazienti (38%) da disturbo depressivo NAS e a 38 pazienti (42%) viene diagnosticato un disturbo distimico secondo i criteri del DSM-IV-TR.

Per quanto riguarda l'esito, 38 pazienti (42%) sono risultati drop-out avendo interrotto prematuramente e unilateralmente la psicoterapia, mentre 52 pazienti (pari al 58% del campione) sono risultati non drop-out. Dei 38 pazienti drop-out, 34 (pari all'89,5% del totale) hanno interrotto la terapia entro le prime tre sedute, mentre i restanti 4 pazienti hanno interrotto la psicoterapia entro sei mesi e nessun paziente è risultato drop-out dopo i sei mesi di terapia.

Metodologia

Lo studio svolto è di tipo cross-sectional e a impostazione osservazionale, in quanto la finalità è stata quella di va-

lutare i fattori di rischio del drop-out al momento della presa in carico.

L'assessment consta di tre colloqui consecutivi a cadenza settimanale condotti da medici specialisti o specializzandi adeguatamente formati a tale scopo, durante i quali vengono raccolte variabili sociodemografiche, di contesto e di cura. Viene effettuata una valutazione diagnostica basata sui criteri del DSM-IV-TR (28) utilizzando lo strumento della Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I e Axis II Disorder (SCID I-II) (29,30). All'inizio della fase di assessment è stata somministrata la scala multidimensionale per l'autovalutazione della sintomatologia psichiatrica SCL-90-R (31). A conclusione dell'assessment viene effettuata una valutazione psicodinamica sulla base del primo e del quarto asse dell'Operationalized Psychodynamic Diagnostic system (32) (OPD).

L'OPD è costituito da quattro assi a impostazione psicodinamica e da un asse (l'ultimo) che possiamo definire descrittivo:

- Asse I: vissuto di malattia e presupposti per il trattamento;
- Asse II: relazioni;
- Asse III: conflitti;
- Asse IV: struttura;
- Asse V: disturbi mentali e psicosomatici.

Di questi cinque assi prenderemo in considerazione nel nostro lavoro esclusivamente l'Asse I e l'Asse IV.

L'Asse I valuta il vissuto di malattia e i presupposti per il trattamento. In questo asse l'accento è posto non tanto sul comportamento patologico quanto sulle componenti dell'esperienza soggettiva del paziente e sulle sue motivazioni. Per vissuto di malattia si intende una parte dei processi di elaborazione della malattia che, se da una parte influisce sulle capacità dell'individuo di affrontare il problema, dall'altra è a sua volta il risultato dei meccanismi di controllo del paziente stesso. Questo asse dimostra che il decorso della malattia non dipende solo dai sintomi vissuti dal paziente ma anche dal contesto sociale e dall'esperienza soggettiva. Tale asse valuta infatti:

- il livello di gravità del quadro clinico (sia di tipo somatico che psichico);
- il grado di sofferenza, ovvero l'esperienza soggettiva del disagio (compromissione dell'esperienza soggettiva di sé, vantaggio secondario della malattia, adeguatezza del senso di compromissione o danneggiamento);
- le aspettative di cura e la disponibilità a intraprendere una terapia (motivazione, indicazione, compliance, capacità di riconoscere i nessi psicodinamici o somatopsichici);
- le risorse e fattori protettivi (integrazione psicosociale, risorse personali, risorse sociali, sostegno sociale).

Questo asse ha dimostrato una buona utilità nell'area della ricerca grazie alla sua capacità di indagare l'esperienza soggettiva e l'idoneità di un paziente (la sua motivazione e la forma di trattamento più adatta) alla psicoterapia. La validità di questo asse si è dimostrata molto buona soprattutto a livello clinico (33).

L'Asse IV valuta la struttura. Con tale termine si intende una caratteristica disposizione individuale ad avere esperienze e comportamenti di un dato tipo. Tali modelli strutturali si manifestano e divengono evidenti nei rapporti interpersonali e quindi nel colloquio psicodinamico. Le dimensioni strutturali indagate sono:

- la percezione di sé, che descrive la capacità di riflettere su se stesso e di ottenere in tal modo una rappresentazione di sé;
- l'autoregolazione, che descrive la capacità di regolare e integrare bisogni ed emozioni, di sopportare situazioni stressanti e di ristabilire l'equilibrio;
- le difese, struttura che descrive la capacità di servirsi di strumenti specifici allo scopo di mantenere e ristabilire l'equilibrio psichico nelle situazioni conflittuali e stressanti sia interne che esterne;
- la percezione dell'oggetto, che descrive la capacità di distinguere fra realtà interna ed esterna;
- la comunicazione, che descrive la capacità di raggiungere emotivamente gli altri e di comprendere e condividere con gli altri i loro segnali affettivi;
- il legame, che descrive la capacità di costruire una rappresentazione interna dell'interlocutore e di investirla affettivamente a lungo termine, ma anche la capacità di oscillare tra attaccamento e separazione.

Tale asse ha dimostrato di essere decisivo per la scelta della forma di psicoterapia più adatta a un dato paziente. Inoltre, l'attendibilità (*reliability*) di questo asse si è dimostrata elevata (33).

Sulla base dell'"esito" successivo alla fase di assessment il campione è stato suddiviso in due gruppi:

1. è stato definito "drop-out" il gruppo costituito dai pazienti che hanno interrotto unilateralmente la psicoterapia, senza prendere in considerazione un cut-off temporale specifico (34);
2. è stato invece definito "non drop-out" il gruppo di pazienti presi in carico che proseguono la psicoterapia o che la concludono in maniera appropriata.

Analisi

I dati ottenuti in questa prima fase sono stati analizzati mediante il software SPSS 13.0® (35).

È stata in primo luogo effettuata un'analisi descrittiva del campione in esame secondo le variabili sociodemografiche, di contesto e di cura raccolte. Sono state poi analizzate le associazioni tra coppie di caratteri qualitativi utilizzando l'indice χ^2 con tabelle di contingenza, mentre per la dipendenza con un carattere quantitativo si è utilizzato il T-student per campioni indipendenti. In particolare, quest'ultimo test è stato utilizzato per mettere a confronto il gruppo dei non drop-out rispetto ai punteggi ottenuti al test SCL-90-R e all'Asse I e IV dell'OPD. La significatività statistica è stata stabilita per un *p-value* $\leq 0,05$.

RISULTATI

La **Tabella 1** mostra le caratteristiche sociodemografiche del campione, suddiviso in base alla variabile "esito". Il drop-out non risulta correlato significativamente con nessuna delle variabili sociodemografiche prese in considerazione.

La **Tabella 2** mostra le correlazioni tra esito della psicoterapia e punteggi ottenuti alle scale dell'SCL-90-R. La scala della sensibilità interpersonale e la scala della paranoia ($p < 0,05$) hanno dimostrato essere statisticamente correlate all'esito. I pazienti drop-out hanno in media punteggi patologici a queste due scale (sensibilità interpersonale: 67 ± 2 ; paranoia: $67 \pm 1,8$) mentre i pazienti non drop-out hanno in media punteggi non patologici (sensibilità interpersonale: 56 ± 1 ; paranoia: $56 \pm 0,8$). Nessuna correlazione statisticamente significativa è stata rilevata tra drop-out e punteggi ottenuti alle altre dimensioni indagate dal test SCL-90-R.

Le **Tabelle 3 e 4** mostrano le correlazioni tra esito della psicoterapia e risultati all'OPD.

Rispetto all'Asse I (**Tabella 3**), il drop-out è correlato significativamente con una previsione di scarsa compliance ($p < 0,05$).

Non risultano, invece, correlati significativamente la gravità del quadro psichico ($p = 0,5$), la sofferenza soggettiva ($p = 0,4$), la compromissione dell'esperienza del sé ($p = 0,2$), il sostegno sociale ($p = 0,2$), le risorse personali ($p = 0,4$), l'integrazione psicosociale ($p = 0,5$) e la capacità di riconoscere i nessi psicodinamici ($p = 0,3$).

Rispetto all'Asse IV (**Tabella 4**), il drop-out è correlato significativamente con una scarsa integrazione della percezione di sé ($p < 0,05$; mean score: $2,76 \pm 0,7$), con una scarsa integrazione delle difese ($p < 0,05$; mean score: $2,42 \pm 0,1$), con una scarsa integrazione delle percezioni dell'oggetto ($p < 0,05$; mean score: $2,61 \pm 0,08$) e del legame ($p < 0,05$; mean score: $2,84 \pm 0,06$).

Non risulta invece alcuna correlazione significativa né con l'autoregolazione ($p = 0,2$), né con la comunicazione ($p = 0,7$), né con la valutazione complessiva ($p = 0,1$).

DISCUSSIONE

Dall'analisi statistica eseguita sul nostro campione di 90 pazienti emergono molteplici spunti di riflessione riguardo il fenomeno del drop-out e le sue implicazioni terapeutiche.

È stato, infatti, rilevato come i tassi di drop-out all'interno di un campione di pazienti affetti da disturbo dell'umore si attesta al 42% e tali percentuali concor-

Tabella 1. Distribuzione del campione secondo le caratteristiche sociodemografiche e cliniche e loro correlazioni con l'esito

Variabili sociodemografiche e cliniche	Totale % (n)	Drop-out % (n)	Non drop-out % (n)	X ²
Sesso	100 (90)	42 (38)	58 (52)	(p=0,11)
Femmina	71 (64)	63 (24)	77 (40)	
Maschio	29 (26)	37 (14)	23 (12)	
Età	100 (90)	42 (38)	58 (52)	(p=0,19)
18-25	23 (21)	21 (8)	25 (13)	
26-35	26 (23)	37 (14)	17 (9)	
36-45	20 (18)	18 (7)	21 (11)	
>45	31 (28)	24 (9)	36 (19)	
Stato civile	100 (90)	42 (38)	58 (52)	(p=0,17)
Celibe/nubile	51 (46)	58 (22)	46 (24)	
Coniugato	29 (26)	18 (7)	37 (19)	
Separato	20 (18)	24 (9)	17 (9)	
Istruzione	100 (90)	42 (38)	58 (52)	(p=0,5)
Medie inferiori	17 (15)	21 (8)	13 (7)	
Medie superiori	66 (59)	60 (23)	69 (36)	
Laurea	18 (16)	19 (7)	17 (9)	
Occupazione	100 (90)	42 (38)	58 (52)	(p=0,6)
Studente	22 (20)	21 (8)	23 (12)	
Impiegato	60 (54)	58 (22)	61 (32)	
Disoccupato	8 (7)	13 (5)	4 (2)	
Pensionato	7 (6)	5 (2)	8 (4)	
Casalinga	3 (3)	3 (1)	4 (2)	
Invio	100 (90)	42 (38)	58 (52)	(p=0,4)
Diretto	50 (45)	48 (18)	52 (27)	
Area medica	20 (18)	26 (10)	15 (8)	
Area psichiatrica	30 (27)	26 (10)	33 (17)	
Precedenti	100 (90)	42 (38)	58 (52)	(p=0,2)
No	49 (44)	58 (22)	42 (22)	
Psicoterapia	19 (17)	10 (4)	25 (13)	
Psicofarmaci	14 (13)	16 (6)	13 (7)	
Entrambe	18 (16)	16 (6)	19 (10)	
Disturbo dell'umore	100 (90)	42 (38)	58 (52)	(p=0,4)
Depressione maggiore	20 (18)	16 (6)	23 (12)	
Distimia	38 (34)	45 (17)	33 (17)	
Depressione NAS	42 (38)	39 (15)	44 (23)	

dano con quanto rilevato da altri autori. Percudani, et al. (36) hanno infatti riportato tassi di drop-out al follow-up del 46%. Percentuali più elevate emergono da uno studio italiano condotto da Morlino, et al. (37), in un setting universitario, dove vengono infatti riportati tassi (cumulativi) di drop-out dopo la prima seduta del 63% e dopo tre mesi di terapia dell'82%. Percentuali minori (26%) vengono invece riportate in uno studio condotto in Danimarca da Tehrani, et al. (38). In generale, comunque, i tassi di drop-out oscillano da percentuali molto basse (15%) fino all'80% e questa variabilità sembra in primo luogo ascrivibile al criterio temporale utilizzato per definire un paziente come drop-out o meno, come dimostrato da una metanalisi condotta da Wierzbicki e Pekarik (39). Pochissimi studi

specifici esistono invece in letteratura per il drop-out nei pazienti affetti da disturbo dell'umore. In uno di questi (40) i tassi di drop-out riportati coincidono con quelli da noi rilevati (44%). Altri tassi di drop-out in pazienti affetti da disturbi dello spettro nevrotico, rispetto a pazienti psicotici, sono stati rilevati da Percudani, et al. (36). Del resto, nessuna delle variabili cliniche e sociodemografiche prese in considerazione ha dimostrato, nel nostro studio, possedere una correlazione significativa con il drop-out. Risultati in parte dissimili sono stati rilevati da molteplici studi. Fassone, et al. (40) hanno infatti rilevato un'associazione significativa tra drop-out e sesso femminile, stato civile celibe/nubile e giovane età. Anche Edlund, et al. (41) e Thormahlen, et al. (42) hanno mostrato come i pazienti più giovani con

Tabella 2. Correlazioni tra drop-out e punteggi ottenuti alle dimensioni dell'SCL-90 (punteggi patologici>60)

Scale SCL-90-R	Mean score	T-test
Somatizzazione		0,08
Drop-out	59±14	
Non drop-out	66±17	
Ossessione compulsione		0,1
Drop-out	65±12	
Non drop-out	69±14	
Sensibilità interpersonale		0,000
Drop-out	68±12	
Non drop-out	56± 6	
Depressione		0,7
Drop-out	70±12	
Non drop-out	71±13	
Ansia		0,5
Drop-out	66±14	
Non drop-out	68±13	
Ostilità		0,8
Drop-out	61±16	
Non drop-out	60± 9	
Ansia fobica		0,8
Drop-out	60±15	
Non drop-out	61±14	
Paranoia		0,000
Drop-out	67±10	
Non drop-out	56± 5	
Psicoticismo		0,9
Drop-out	65±12	
Non drop-out	65±11	

età inferiore a 25-30 anni hanno tassi di drop-out maggiori rispetto agli individui più anziani. Una review condotta da Barrett, et al. (13), al contrario, mostra come la maggior parte delle ricerche mettano in evidenza solo una minima correlazione tra sesso e drop-out, e lo stesso vale per la review di Brandt (43), dove in nessuno dei 25 studi considerati il sesso differenzia i drop-out dai remainer.

Inoltre, abbiamo sottolineato come le dimensioni della sensibilità interpersonale e della paranoia indagate da un test autosomministrato quale l'SCL-90-R abbiano dimostrato possedere un potere predittivo del rischio di drop-out. La dimensione dello psicoticismo, invece, non ha mostrato essere correlata al rischio di drop-out. La sensibilità interpersonale ha dimostrato un potere predittivo simile in uno studio condotto da Fassino, et al. (44), che riportava una correlazione significativa anche tra drop-out e psicoticismo. Dallo studio condotto da Lingardi, et al. (45) emerge, invece, che nessuna delle dimensioni psicopatologiche in-

Tabella 3. Correlazione tra esito e punteggi agli item dell'Asse-I dell'OPD (0=assente;1=basso;2=moderato; 3=elevato)

Item OPD Asse-I	Mean score	T-student
Gravità del quadro organico		0,7
Drop-out	0,63±1	
Non drop-out	0,83±1	
Gravità del quadro psichico		0,9
Drop-out	2,08±0,1	
Non drop-out	2,08±0,1	
Sofferenza soggettiva		0,6
Drop-out	2,03±0,7	
Non drop-out	2,13±0,8	
Compromissione dell'esperienza di sé		0,2
Drop-out	1,84±0,8	
Non drop-out	1,63±0,9	
Impedimento fisico		0,6
Drop-out	1,16±1	
Non drop-out	1,04±1	
Vantaggio secondario della malattia		0,6
Drop-out	0,9±1	
Non drop-out	0,9±1	
Riconoscere i nessi somatici-psicodinamici		0,1
Drop-out	1,55±0,8	
Non drop-out	1,42±0,9	
Somatopsichici		0,1
Drop-out	1,84±0,8	
Non drop-out	1,44±0,9	
Forma di trattamento più idonea: psicoterapia		0,1
Drop-out	1,90±0,8	
Non drop-out	1,62±1	
Forma di trattamento più idonea: terapia medica		0,7
Drop-out	1,03±1	
Non drop-out	1,12±1	
Motivazione alla psicoterapia		0,7
Drop-out	1,18±10,9	
Non drop-out	1,46±0,8	
Motivazione alla terapia medica		0,8
Drop-out	1,08±0,9	
Non drop-out	1,19±0,9	
Compliance		0,000
Drop-out	1±0,7	
Non drop-out	2±0,8	
Sintomi somatici in primo piano		0,9
Drop-out	0,9±1	
Non drop-out	1,19±1,1	
Sintomi psichici in primo piano		0,5
Drop-out	1,9±0,7	
Non drop-out	2±0,7	
Integrazione psicosociale		0,5
Drop-out	1,87±0,7	
Non drop-out	1,77±0,5	

(Segue)

(Segue) **Tabella 3.**

Item OPD Asse-I	Mean score	T-student
Risorse personali		0,5
Drop-out	1,61±0,6	
Non drop-out	1,56±0,6	
Sostegno sociale		0,8
Drop-out	1,63±0,6	
Non drop-out	1,62±0,7	
Adeguatezza del senso di limitazione soggettiva		0,3
Drop-out	1,79±0,7	
Non drop-out	1,83±	

Tabella 4. Correlazioni tra esito e punteggi ottenuti agli item dell'OPD asse IV (1=ben integrato; 2=moderatamente integrato; 3=scarsamente integrato; 4=non integrato)

OPD - Asse IV	Mean score	T-Student P=
Percezione di sé		0,000
Drop-out	2,76 ±0,4	
Non drop-out	2,20 ±0,5	
Autoregolazione		0,2
Drop-out	2,55±1,2	
Non drop-out	2,31±0,5	
Difese		0,001
Drop-out	2,42±0,7	
Non drop-out	1,83±0,8	
Percezione dell'oggetto		0,02
Drop-out	2,61±0,5	
Non drop-out	2,35±0,5	
Comunicazione		0,8
Drop-out	2,34±0,5	
Non drop-out	2,31±0,5	
Legame		0,000
Drop-out	2,85±0,3	
Non drop-out	2,20±0,7	
Valutazione complessiva		0,1
Drop-out	2,61±0,5	
Non drop-out	2,44±0,5	

dagate dal test è utile al fine di discriminare i pazienti drop-out dai non drop-out. Il dato relativo alla correlazione tra drop-out e sensibilità interpersonale sembra rappresentare un elemento a favore della nostra ipotesi di lavoro, ovvero che le risorse sul piano delle capacità relazionali del paziente influenzano significativamente il rischio di drop-out.

Dalla nostra analisi statistica emerge, inoltre, una correlazione significativa tra drop-out e compliance stimata dal terapeuta in conclusione del primo colloquio diagnostico mediante l'Asse I dell'OPD. Que-

sto dato, messo precedentemente in evidenza da Fasone, et al. (40), sottolinea l'importanza di una partecipazione attiva del paziente all'interno della relazione terapeutica e l'esigenza di una buona motivazione al trattamento, soprattutto in un setting quale quello psicoterapeutico in cui tale assunzione di responsabilità si dimostra nella pratica clinica essere determinante per la prosecuzione del percorso terapeutico.

Si è, inoltre, sottolineato che fra le strutture indagate dall'Asse IV si sono dimostrate predittive per il rischio di drop-out una scarsa integrazione delle difese, del legame, della percezione di sé, della percezione dell'oggetto. I pazienti affetti da disturbi depressivi tendono, infatti, a utilizzare meccanismi di difesa più o meno primitivi, quali il rivolgimento contro il Sé, la negazione, l'introiezione, l'intellettualizzazione, la razionalizzazione e la formazione reattiva.

Precedenti studi hanno dimostrato che i pazienti depressi tendono a utilizzare maggiormente meccanismi di difesa più immaturi, quali il rivolgimento verso il Sé (46), e in misura minore meccanismi di difesa più maturi, quali l'intellettualizzazione, rispetto agli individui non depressi (47). Uno studio longitudinale ha dimostrato che l'utilizzo di difese più mature è predittivo di un miglior outcome nel lungo periodo (48). Pochi studi hanno, invece, indagato la relazione esistente tra difese ed esito della psicoterapia nei disturbi depressivi. In un trial clinico, che analizza un campione di 59 pazienti in trattamento con farmaci antidepressivi, un uso di meccanismi di difesa più immaturi (distorsione dell'immagine) si è dimostrato maggiore nei pazienti drop-out rispetto a coloro che proseguivano il trattamento. Risultati analoghi sono stati rilevati da uno studio condotto su pazienti affette da depressione *post-partum* sottoposte a una psicoterapia breve, in cui le più alte percentuali di drop-out si sono verificate in pazienti che avevano uno stile difensivo immaturo rispetto a pazienti con difese più mature (49).

CONCLUSIONI

Il modo in cui il paziente si mette in relazione con il terapeuta, le sue resistenze (difese) alla terapia, la percezione di sé e dell'oggetto (terapeuta), la capacità di stabilire e mantenere un rapporto, riflettono modalità relazionali che il paziente utilizza in altre situazioni; egli tende, cioè, a riprodurre le sue relazioni oggettuali e i pattern relazionali all'interno del rapporto terapeutico (50). Per questo lo studio psicodinamico di tali meccanismi potrebbe facilitare la comprensione,

l'approccio e il trattamento della depressione (51) e permettere di intervenire sui fattori che mettono a rischio la relazione terapeutica.

Queste correlazioni, risultate altamente significative all'analisi statistica, sembrano inoltre avvalorare ulteriormente il fatto che, per costruire un modello volto a valutare il rischio di drop-out in pazienti psichiatrici, non si possa prescindere dall'analisi delle caratteristiche soggettive del paziente e che esse si modulano in funzione della relazione con il terapeuta. D'altronde, anche nell'ambito della prevenzione degli esordi psicotici l'aspetto della soggettività coniugato nello specifico rispetto ai self-disturbance sta divenendo sempre più uno strumento determinante per la valutazione del rischio di transizione verso la psicosi (52,53).

Certamente, un limite del nostro studio, come di numerosi altri inerenti l'argomento del drop-out, è rappresentato dall'assenza di informazioni sul paziente che ha interrotto i contatti con il servizio, soprattutto riguardo l'esito della terapia e le motivazioni che ne hanno indotto l'interruzione prematura. A esso legato, il secondo limite è la mancata esecuzione di un follow-up. Il terzo limite è rappresentato dalla mancata valutazione delle caratteristiche (sociodemografiche, formazione, anni di esperienza) del terapeuta. Quest'ultimo, quale coprotagonista della relazione terapeutica, potrebbe infatti influenzare i tassi di drop-out e le motivazioni per cui esso avviene. Infine, l'ultimo limite è la numerosità limitata del campione.

BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization. The Global Burden of disease. WHO, 2004 update.
- Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic reviews of the literature. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 124-38.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; s420: 21-7.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zaho S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 326-32.
- Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 386-92.
- Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 164-72.
- Demyttenaere K, Haddad P. Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2000; s403: 50-6.
- Hotopf M, Hardy R, Lewis G. Discontinuation rates of SSRIs and tricyclic antidepressant: a meta-analysis and investigation of heterogeneity. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 120-7.
- Lin EH, Katon WJ, Simon GE, Von Korff M, Bush TM, Walker EA, et al. Low-intensity treatment of depression in primary care: is it problematic? *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22: 78-83.
- Gasquet I, Bloch J, Cazeneuve B, Perrin E, Bouhassira M. Determinants of compliance with antidepressive drugs. *Encephale* 2001; 27: 83-91.
- Barbui C, Hotopf M, Freemantle N, Boynton J, Churchill R, Eccles MP, et al. WITHDRAWN: treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus tricyclic antidepressants (TCAs). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18: 3.
- Barrett MS, Thompson D, Chua WJ, Christophe PC, Gibbon MB. Early withdrawal from mental health treatment: implications for psychotherapy practice. *Psychother Theor Res Pract Train* 2008; 45: 247-67.
- Montgomery SA. Efficacy in long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 24-30.
- Bocking CL, ten Doesschate MC, Spijker J, Spinhoven P, Koeter MW, Schene AH; DELTA study group. Continuation and maintenance use of antidepressant in recurrent depression. *Psychother Psychosom* 2008; 77: 17-26.
- Trivedi MH, Lin EH, Katon VJ. Consensus recommendation for improving adherence, self management, and outcomes in patient with depression. *CNS Spectrum* 2007; 12: 1-27.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part 1. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1427-39.
- Harrington R, Vostanis P. Longitudinal perspectives and affective disorder in children and adolescents. In: Goodyer IM (ed). *The depressed child and adolescent*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995, 311-41.
- Harrington R, Clark A. Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248: 32-45.
- Lam RW, Kennedy SH. Evidence-based strategies for achieving and sustaining full remission in depression: focus on meta-analyses. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 17S-26S.
- Hepner KA, Rowe M, Rost K, Hickey SC, Sherbourne CD, Ford DE, et al. The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Ann Int Med* 2007; 147: 320-9.
- WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva, 2003.
- George CF. Compliance with tricyclic antidepressants: the value of four different methods of assessment. *Br J Clin Pharmacol* 2000; 50: 166-71.
- Allen NB, Hetrick SE, Simmons JG, Hickie IB. What's the evidence? Early intervention in youth mental health. *MJA* 2007; 187: S15-S17.
- Busch FN, Rudden M, Shapiro T. *Psychodynamic treatment in depression*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2004.
- Blatt SJ. Contribution of psychoanalysis to understanding and treatment of depression. *J Am Psychoanal Assoc* 1998; 46: 723-52.
- Blatt SJ. Experience of depression: theoretical, clinical and research perspectives. Washington: American Psychological Association, 2004.
- AAVV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, Lussetti M, Guaraldi GP. *SCID-I, Ed. Italiana*, 2000.
- Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, Lussetti M, Guaraldi GP. *SCID-II, Ed. Italiana*, 2000.
- Derogatis LR. *Symptom Check List-90 Manual*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1997.
- AAVV. *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata*. Presupposti teorici e applicazioni. Milano: Masson, 2002.

33. Cierpka M, Grande T, Rudolf G, von der Tann M, Stasch M; OPD Task Force. The Operationalized Psychodynamic Diagnostics system: clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology* 2007; 40: 209-20.
34. Greenspan M, Kulish NM. Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy* 1985; 22: 1-3.
35. Norusis MS, SPSS 13.0 for Windows. SPSS Chicago: 2004.
36. Percudani M, Belloni G, Contini A, Barbui C. Monitoring Community psychiatric service in Italy: difference between patients who leave care and those who stay in treatment. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 254-9.
37. Morlino M, Martucci G, Musella V, Bolzan M, De Girolamo G. Patients dropping out of treatment in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 1-6.
38. Tehrani E, Krussel J, Borg L, Munk-Jorgensen P. Dropping out of psychiatric treatment: a perspective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 266-71.
39. Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof Psychol Res Pr* 1993; 24: 190-5.
40. Fassone G, Trincia V, D'Amato A, Picardi A, Gaetano P, Biondi M, et al. Valutazione del trattamento e del decorso a medio termine dei disturbi depressivi unipolari: uno studio prospettico. *Riv Psichiatr* 2003; 38: 131-7.
41. Edlund MJ, Wang PS, Berglund PA, Katz SJ, Lin E, Kessler RC. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 845-51.
42. Thormahlen B, Weinryb RM. Patient factors predicting dropout from supportive expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychother Res* 2003; 13: 493-509.
43. Brandt L. Studies of "dropout" patients in psychotherapy: a review of findings. *Psychother Theor Res Pract Train* 1965; 72: 6-12.
44. Fassino S, Amianto F, Abbate Daga G, Leombruni P. Personality and psychopathology correlates of dropout in an outpatient psychiatric service. *Panminerva Med* 2007; 49: 7-15.
45. Lingiardi V, Croce D, Fossati A, Vanzulli L, Maffei C. La valutazione dell'alleanza terapeutica nella psicoterapia dei pazienti con disturbi di personalità. *Ricerca in Psicoterapia* 2000; 4: 63-80.
46. Akkerman K, Carr V, Lewin T. Changes in ego defenses with recovery from depression. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 634-8.
47. Margo GM, Greenberg RP, Fisher S, Dewan M. A direct comparison of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 65-9.
48. Vaillant GE, Vaillant CA. A cross validation of two methods of investigating defenses. Vaillant GE (a cura di). *Ego mechanism of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington: American Psychiatric Press, 1992.
49. Magalhães PV, Pinheiro RT, Faria AD, Osório CM, da Silva RA, Botella L. Impact of defense style on brief psychotherapy of postpartum depression. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195: 870-3.
50. Gabbard OG. *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007.
51. Jones EE, Pulos SM. Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 306-16.
52. Parnas J. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 2005; 38: 236-58.
53. Sass LA, Parnas J. Self, consciousness, and schizophrenia. *Schiz Bull* 2003; 29: 427-44.