

STRUTTURA DI PERSONALITA' E ADERENZA AL TRATTAMENTO RESIDENZIALE: QUALI RELAZIONI ?

A. Cois^(*), S. Morittu^(*)

(*) Associazione Mondo X - Sardegna, Cagliari

0. Sommario

Il presente studio offre elementi di riflessione sui legami che intercorrono, all'interno di una specifica tipologia di trattamento per disturbi da uso di sostanze quale la Comunità Terapeutica Residenziale, tra l'aderenza terapeutica e i pattern di personalità degli utenti che vi afferiscono, siano essi da considerarsi in termini patologici sia, all'interno della normalità statistica, come diverse tipologie non patologiche di personalità. L'analisi delle caratteristiche di personalità realizzata attraverso la somministrazione ad un campione di utenti (N=84) del MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory) evidenzia correlazioni significative tra l'aderenza terapeutica e la presenza/assenza di disturbi di personalità nonché la loro tipologia, così come tra questa e gli stili di personalità anche non patologici, descritti secondo il Modello Evoluzionista di T. Millon. I risultati vengono discussi proponendo una interpretazione legata alla impostazione di fondo del programma terapeutico residenziale.

This present paper focuses on the correlation between personality patterns (pathological or not, according to the statistical normality) and treatment compliance in a Residential Therapeutic Community oriented to Substance Use Disorders. MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory) protocols of 84 patients were examined to highlight personality characteristics. Statistical analysis shows that treatment compliance is related to presence/absence of Personality Disorders, to their typology and to non-pathological personality styles as described in the Millon's Evolutionary Model of Personality.

1. Introduzione

La quasi totalità degli studi in letteratura sulle varie tipologie di trattamento per l'abuso di sostanze riporta come principale predittore dell'esito favorevole la durata del trattamento stesso [Simpson, 1981] [Alemi, 1995] [Clerici & Carrà, 2003]. Esiste cioè evidenza scientifica di una robusta correlazione positiva tra l'aderenza al trattamento e il superamento delle problematiche di dipendenza, per quanto la natura di questa relazione sia ancora da considerarsi non chiara, specialmente per ciò che concerne l'ordine causale che lega i due fattori: è l'aderenza terapeutica che favorisce l'acquisizione di nuove motivazioni, abilità e attitudini che favoriscono il buon esito successivo, oppure l'aderenza terapeutica è, al pari del successo del trattamento, una variabile dipendente, conseguenza di caratteristiche proprie del paziente che possiede motivazioni, abilità e attitudini tali da favorire sia la permanenza in trattamento sia il buon esito dello stesso? La riflessione su questi temi è complessa e, ovviamente, il quesito posto in questi termini non ammette risposte generali: costituisce però uno stimolo agli operatori del settore ad analizzare a fondo i processi terapeutici che gestiscono e ad evidenziarne i singoli elementi e le loro relazioni con gli obiettivi intermedi e finali [McLellan, 2003].

Il presente lavoro, nell'ambito di questa riflessione, vuole offrire elementi di analisi sui legami che intercorrono, all'interno di una specifica tipologia di trattamento quale la Comunità Terapeutica residenziale, tra l'aderenza terapeutica e i pattern di personalità dei pazienti che vi afferiscono, siano essi da considerarsi in termini patologici sia, all'interno della normalità statistica, come diverse tipologie non patologiche di personalità.

3. Un modello

Nella valutazione dei tratti di personalità e nella interpretazione dei risultati del presente studio il riferimento teorico di base è rappresentato dal Modello Evoluzionista della Personalità proposto da Theodore Millon negli anni '90 come sviluppo di precedenti concettualizzazioni teoriche realizzate a partire dalla fine degli anni '60 [Choca et Al., 1996] [Choca, 1999] [Craig, 1999] [Davis, 1999] [Widiger, 1999]. Il modello di Millon è un modello fondamentalmente dimensionale, che però offre strumenti per tracciare dei confini sufficientemente netti da permettere delle caratterizzazioni categoriali coerenti che individuano stili di personalità (intesi come modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali) adeguatamente definiti da risultare di utilità nella pratica clinica. L'aspetto categoriale del modello si estende, inoltre, anche all'area dei Disturbi di Personalità (intesi come stili rigidi e non adattivi che causano una compromissione funzionale significativa o una sofferenza soggettiva [American Psychiatric Association, 1996]), consentendo, tra l'altro, di dare un substrato teorico possibile alla nosologia del secondo asse del DSM-IV [Widiger, 1999].

5. Bibliografia

Agostini G. (2000). *Tecniche di classificazione della statistica multivariata e dell'analisi dei cluster: un tutorial*, CNR Tech Report, 30 marzo 2000.

Alemi F., 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.

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

Choca J. P. (1999). *Evolution of Millon's personality prototypes*, Journal of personality assessment, Vol. 72, N° 3.

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

Clerici M., Carrà G. (2003). *36 Month follow up of opiate dependents in three levels of treatment intensity*, in Clerici M., Carrà G. (editors), *Dual Diagnosis: filling the gap*, Jhon Libbey Eurotext, Paris.

Clerici M. et al. (1989). *Substance abuse and psychopathology: a diagnostic screening of Italian narcotic addicts*, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 24.

Cois A., Congia P., Portas M. (2002). *Doppia diagnosi e trattamento in comunità terapeutica: considerazioni sui predittori di ritenzione*, Proc. 1° Congresso Nazionale su Disturbi Mentali e Tossicodipendenza, Chia Laguna (Cagliari), 15-19 ottobre 2002.

Craig R.J. (1999). *Overview and current status of the Millon Clinical Multiaxial Inventory*, Journal of personality assessment, Vol. 72, N° 3.

Davis R.D. (1999). *Millon: Essentials of his science, theory, classifications and therapy*, Journal of personality assessment, Vol. 72, N° 3.

De Maria M.R., Millicet M., Bandini G., Barbi C. (2002). *Il processo diagnostico in distossicazione, Salute e Prevenzione*, N° 32, Franco Angeli, Milano.

Erskani A.P., Aveni A., Mannetti L. (1993). *La ricerca in psicologia: modelli di indagine e analisi dei dati*, NIS, Roma.

Marshall L.L., Roiger R.J. (1996). *Substance user MMPI-2 profiles: predicting failure in completing treatment*, Substance Use & Misuse, 31(2).

McLellan A.T. (2003). *Is addiction an illness? Can it be treated?*, in Clerici M., Carrà G. (editors), *Dual Diagnosis: filling the gap*, Jhon Libbey Eurotext, Paris.

Pani P.P. et al. (1991). *Eterogeneità di psicopatologia nel tossicodipendente di personalità*, Min. Psichiatria 32.

Simpson D. D. (1981). *Treatment of Drug Abuse: follow-up outcome and length of time spent*, Archives of General Psychiatry, 38.

Van den Bosch L.M.C., Verheul R., Schepers G.M., Van den Brink W. (2003). *Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: implementation and long term effects*, in Clerici M., Carrà G. (editors), *Dual Diagnosis: filling the gap*, Jhon Libbey Eurotext, Paris.

Widiger T.A. (1999). *Millon's dimensional polarities*, Journal of personality assessment, Vol. 72, N° 3.

6. Contatti

Annibale Cois, annibale@mondosaxsardegna.it
Comunità "Campu 'e Luas" - C.P. 15 - 09012
Capoterra (CA) - Tel. 070 9477002

3. Materiali e Metodi

Impostazione dello studio e setting

Lo studio riporta i dati parziali di una ricerca prospettica tuttora in corso sulle correlazioni tra le caratteristiche psicopatologiche degli utenti che afferiscono alle Strutture Terapeutiche per tossicodipendenti/alcolisti dell'Associazione Mondo X Sardegna e le variabili del percorso terapeutico, e riguarda gli utenti inseriti nelle Comunità residenziali di "Campu 'e Luas" (Uta,CA) e "S'Aspru" (Siliigo,SS) nel periodo tra il 1 settembre 2001 e il 15 gennaio 2004, ai quali è stata somministrata, come parte integrante dell'assessment iniziale, una batteria di test per la valutazione dei pattern/disturbi di personalità. I disturbi di asse II e i pattern di personalità non patologici (come rilevati dalla somministrazione dei tests) sono stati correlati con l'aderenza terapeutica misurata dalla lunghezza del periodo di permanenza e dalle modalità di conclusione del trattamento, e la validità delle relazioni è stata saggiata con gli opportuni metodi statistici.

Strumenti

Lo strumento principale utilizzato per l'assessment è costituito dal MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory III). Lo scoring è effettuato attraverso il software realizzato dall'Istituto di Psicologia della Pontificia Università Salesiana di Roma. A differenza di altri strumenti simili, come il MMP1-2, il MCMI-III non usa punti T standardizzati per la diagnosi ma i Base Rate (BR) scores. Infatti i punti T assumono che il costrutto misurato sia normalmente distribuito nella popolazione mentre i BR scores sono ancorati ai valori attuariali della prevalenza dei disturbi nei setting clinici. Si tratta di una scelta metodologica significativa poiché indirizza l'uso del MCMI-III in modo specifico alla valutazione della psicopatologia in contesti clinici, quale quello costituito da utenti di strutture terapeutiche quali i soggetti presi in esame dal presente studio.

Le scale di personalità del MCMI (14 sul totale delle 27 che costituiscono lo strumento) forniscono informazioni sulla personalità riferita ad una teoria generale (quella di Millon) ma sono anche affidabilmente ancorate alla classificazione di Asse II del DSM-IV, cosa che non avviene per altri strumenti quali il MMP1. Benché Millon affermi che lo strumento è orientato all'individuazione dei disturbi di personalità e non degli stili, questa affermazione è molto controversa, ed esistono studi documentati che affermano il contrario, almeno per alcune scale quale la Istrionica e la Compulsiva [Craig, 1999], sino ad arrivare all'affermazione opposta a quella del Millon per l'insieme delle scale [Choca et Al., 1996]. Nel presente lavoro si utilizza, sia pure in senso "debole", questa seconda interpretazione delle scale del MCMI, ritenendo comunque significativi i punteggi dello scale anche quando siano inferiori ai valori BR=75 che vengono indicati come il limite oltre il quale si ottiene la presenza certa della caratteristica (patologica) in questione. Ciò in base alla considerazione che le scale sono, comunque, una sommatoria (sia pure pesata e corretta in base alla distribuzione statistica del disturbo corrispondente) di sintomi indicativi di un determinato pattern comportamentale, e, se può essere controversa l'attribuzione di uno stile in termini assoluti, non può essere negato il valore ordinale dei punteggi all'interno di uno stesso campione: un individuo che presenta un punteggio più elevato di un altro presenterà comunque un maggior numero di tratti/comportamenti/atteggiamenti che appartengono ad un determinato stile, rispetto ad un altro individuo che presenta punteggi inferiori. È questo il significato che, nell'analisi dei dati, gli autori attribuiscono alle deduzioni rispetto ai pattern di personalità non patologici ricavabili dal MCMI.

Analisi Statistica

L'analisi statistica dei dati, il confronto e le correlazioni tra le variabili in esame sono stati realizzati utilizzando gli opportuni test statistici ai livelli di significatività $p < 0,05$, $p < 0,005$. Per il confronto delle ritenzioni in trattamento è stato utilizzato il metodo delle curve di sopravvivenza stimate secondo il metodo di Kaplan-Meier [Kleinbaum, 1996]. La significatività statistica delle differenze tra le diverse curve è stata testata con i test di Mantel o di Tarone-Ware (entrambi test appartenenti alla categoria dei Log-rank tests, che si differenziano per l'utilizzo di diverse funzioni per pesare i valori degli eventi che si verificano ad intervalli più o meno lunghi). Per il raggruppamento dei casi in gruppi omogenei rispetto ai valori delle scale di personalità del MCMI è stata utilizzata la tecnica della Cluster Analysis con l'algoritmo k-means, utilizzando distanze di tipo euclideo [Agostini, 2000].

4. Risultati & Conclusioni

Risultati

La somministrazione del MCMI-III (utilizzando come cut-off il valore BR=85 [Choca et Al, 1996]) ha portato alla formulazione delle diagnosi di asse II riportate nella **fig.4**. La percentuale di diagnosi di Asse II (52%) appare in linea con la letteratura internazionale, nazionale e anche locale (per i pochi studi su popolazioni dalla Regione Sardegna) che riporta, nei soggetti con Disturbi da Uso di Sostanze, una comorbidità per disturbi di personalità compresa tra il 40 e il 60% e oltre [Clerici et Al, 1989] [Pani et Al., 1991] [Clerici & Carrà, 2003 e bibliografia citata]. Analogamente non stupisce la frequenza dei disturbi Antisociale, Narcisistico e Dipendente, mentre merita una sottolineatura l'assenza di soggetti con disturbo di personalità Borderline, in altri studi rappresentati con frequenze comprese tra il 2% e il 66% [Van den Bosch et Al., 2003], se pure la bassa numerosità non consenta generalizzazioni a popolazioni più vaste. La **fig.5** riporta le curve di sopravvivenza stratificate per presenza/Assenza di Disturbi di personalità: le differenze sono significative statisticamente (Test di Mantel, $p=0,001$) così come quelle, non mostrate, tra le curve stratificate per tipologia di disturbi (Tarone-Ware, $p=0,005$). In particolare si evidenzia che la sopravvivenza media per gli utenti senza diagnosi aggiuntive sull'asse II è significativamente maggiore di quella degli utenti con patologie di personalità (21,8 mesi contro 13,8). Tra gli utenti con patologie la sopravvivenza decresce nel passare dal disturbo narcisistico, a quello dipendente a quello antisociale a quelli appartenenti alla eterogenea categoria indicata come "altri".

Per l'analisi delle caratteristiche di prescindono dalla presenza di patologie si è scelto di utilizzare i metodi della Cluster Analysis per ridurre la complessità delle variabili (rappresentate dalle 14 scale di personalità del MCMI) e individuare un numero di gruppi ridotto che associ utenti con caratteristiche simili in qualche aspetto. I risultati mostrano che, pur non esistendo gruppi naturali completamente disgiunti, i casi possono essere facilmente raggruppati in quattro classi adeguatamente omogenee. Analizzando i valori medi che le scale BR assumono nei vari gruppi si può osservare come nel primo tendano ad avere i valori complessivamente più elevati le scale appartenenti al cluster degli stili di personalità che Millon definisce come "Pleasure Deficient", nel terzo quelli del cluster "Interpersonally Imbalanced", mentre nel secondo e quarto non emergano con chiarezza valori predominanti. Costruiamo allora tre nuove classi: PD (corrispondente al Gruppo 1), II (corrispondente al gruppo 3) e BA (Corrispondente alla somma del Gruppo 2 e del Gruppo 4) e associamo a ciascuna di esse i valori delle grandezze:

- DIM_A = media dei punteggi sulle scale schizoide, evitante e depressiva
- DIM_B = media dei punteggi sulle scale dipendente, istrionica, narcisistica e antisociale
- DIM_C = media dei punteggi sulle scale sadistica, compulsiva, negativistica e autofrustrante
- DIM_D = media dei punteggi sulle scale schizotipica, borderline e paranoide.

Per quanto già affermato precedentemente, tali grandezze rappresentano un buon indicatore sintetico se non della presenza/assenza di un determinato stile, certamente della maggiore/minore presenza di caratteristiche ad esso associate. La **fig.6** mostra i valori percentuali delle quattro grandezze per i ciascun gruppo.

Le osservazioni precedenti portano in sintesi ad affermare che il risultato finale della Cluster Analysis è l'individuazione di tre gruppi di utenti che presentano caratteristiche di personalità differenti che possono essere ricondotte alla suddivisione tipologica delle Teoria della personalità di Millon. In particolare gli utenti del gruppo PD possono essere ricondotti alla tipologia "Pleasure Deficient", quelli del gruppo II alla tipologia "Interpersonally Imbalanced" (II) e quelli del gruppo BA ad una situazione di equilibrio senza la predominanza di caratteristiche particolari ("balanced"). La **fig.7** rappresenta, in uno spazio tridimensionale (trascurando la coordinata DIM_D, che è la meno utile ai fini della discriminazione tra le classi), la disposizione dei casi e il loro raggruppamento. Da osservare la buona aggregazione dei gruppi PD e II rispetto alla dispersione dei casi del gruppo BA.

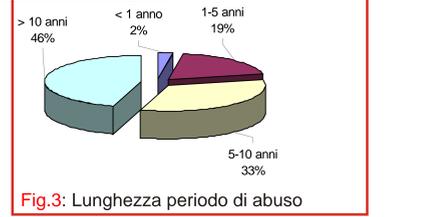
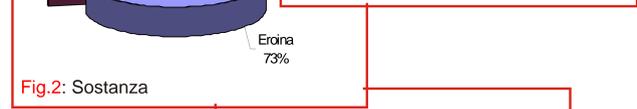
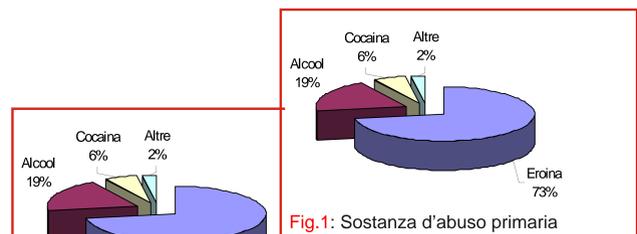
La **fig.8**, infine, mostra le curve di sopravvivenza stratificate per gruppo di appartenenza: è interessante notare come i gruppi ricavati dalla Cluster Analysis e dotati di significato nel riferimento alla teoria di Millon, costituiscono dei raggruppamenti significativi anche rispetto alla aderenza terapeutica misurata dalla ritenzione in trattamento. Le correlazioni tra il gruppo di appartenenza e la ritenzione sono infatti significative (Test di Mantel, $p=0,01$): gli utenti del gruppo II tendono a rimanere in trattamento più di quelli del gruppo BA e del gruppo PD (medie di permanenza di mesi 24, 17 e 14 rispettivamente)

Conclusioni

Ritrovare nei dati del presente studio un legame tra la struttura di personalità e l'aderenza ai programmi terapeutici per disturbi da uso di sostanze è in linea con gli studi in letteratura [Alemi, 1995] [Marshall et Al, 1996] [De Maria et Al, 2002] e, ancora prima, con l'esperienza clinica degli autori e, ci si permetta la generalizzazione, degli operatori dei servizi. Purtroppo la complessità dei fattori che intervengono nel processo terapeutico rende difficile passare dalla generica consapevolezza dell'esistenza di caratteristiche più o meno favorevoli ai fini del compimento del progetto terapeutico alla individuazione precisa dei fattori che possono essere correlati in modo "robusto" all'esito del progetto stesso. I risultati presentati offrono un contributo in questa direzione, mettendo in luce (sia pure con le cautele che si rendono necessarie a causa della limitatezza del campione utilizzato, dalla specificità del setting e dal disegno quasi-sperimentale dello studio [Ercolani et Al., 1993]) relazioni non solo statisticamente significative, ma, soprattutto, ancorabili all'interno di uno schema di riferimento teorico ben definito.

L'aderenza al tipo di percorso terapeutico residenziale offerto dalle strutture dell'Associazione Mondo X Sardegna appare innanzitutto correlata positivamente all'assenza di disturbi di personalità: affermazione meno banale di quanto possa apparire a prima vista se la si integra con i risultati di studi precedenti che non confermano le stesse considerazioni per diversi disturbi di Asse I [Cois et Al., 2001] o, in generale, per i disturbi psicotici [Marshall et Al, 1996]. Tra gli utenti che presentano disturbi, poi, l'aderenza migliore si ottiene per coloro che hanno disturbi appartenenti ai cluster B (Amplificativo-Emotivo) e C (Ansioso-Pauroso), piuttosto che al cluster A (Strano-Eccentrico). Una possibile interpretazione di ciò, da avvalorare con ulteriori studi in setting differenti, è legata alla identità stessa del processo della Comunità Terapeutica, che basa la sua efficacia sulla possibilità di creare relazioni significative tra i membri della comunità stessa, siano essi appartenenti al gruppo dei pari che agli operatori: è su queste relazioni, in senso "correttive" di una impostazione passata, che si costruisce l'efficacia terapeutica. Gli utenti che presentano disturbi di personalità classificabili nel cluster A sono quelli che hanno maggiori difficoltà a instaurare relazioni stabili, mentre gli utenti dei cluster B e C hanno una maggiore capacità/desiderio di costruire rapporti, per quanto disfunzionali.

Anche l'analisi dei dati relativi agli stili di personalità sembra fornire elementi di sostegno a questa interpretazione: gli utenti che incontrano maggiore difficoltà nella permanenza in trattamento sono quelli caratterizzati da passività sociale, distacco, indifferenza e necessità affettive minime (cluster "Pleasure-deficient"), mentre i più "avvantaggiati" sono quelli che sono caratterizzati da stili che prevedono comunque la ricerca di relazioni con gli altri, siano esse finalizzate alla ricerca di affetto e sicurezza, come negli stili dipendenti, sia a soddisfare un bisogno di approvazione, come negli stili istrionici, sia ancora alla manipolazione o alla oppositività come negli stili narcisistici ed antisociali.



Campione

Si tratta di un totale di **84 utenti (78 maschi e 6 femmine)**, di cui 28 (26 maschi e 2 femmine) erano già presenti nelle strutture residenziali prima dell'inizio dello studio, mentre i restanti 56 (52 maschi e 4 femmine) vi hanno fatto ingresso nel periodo di riferimento: la somministrazione dei tests è stata realizzata nella fase iniziale dello studio per i primi (permanenza media 27 mesi) e entro i 30 gg dall'ingresso per i secondi. Il campione costituisce un sottocampione (67,2%) della totalità degli utenti delle due strutture: per il 32,8% è stato impossibile somministrare validamente il test e i soggetti sono stati conseguentemente esclusi dallo studio. I soggetti, tutti adulti (età compresa tra 22 e 51 anni con media 33 all'atto della somministrazione dei tests, e tra 20 e 50 anni con media 32 all'ingresso) presentano come tratto comune una storia di dipendenza, in massima parte da eroina, che ha costituito il motivo della presa in carico. Per tutti i soggetti è stato possibile porre una diagnosi di **Disturbo da Uso di Sostanze** secondo il DSM-IV. Il 64% dei soggetti è ancora inserito nel programma residenziale, mentre il restante 36% ha già interrotto/terminato lo stesso. Il dato delle permanenze media è di 18 mesi per i Residenti, 2 mesi per i drop-outs (permanenza < 90gg), 15 mesi per i self-terminators (permanenza >= 90gg ma storia non conclusa) e 38 per i graduated (programma terminato). Le caratteristiche fondamentali della storia d'abuso sono riassunte nelle **fig.1, fig.2, fig.3** che mostrano la distribuzione percentuale della sostanza d'abuso primaria della eventuale sostanza secondaria e, infine, la lunghezza del periodo di abuso, inteso come tempo intercorrente tra la prima assunzione della sostanza primaria e l'ingresso in terapia.

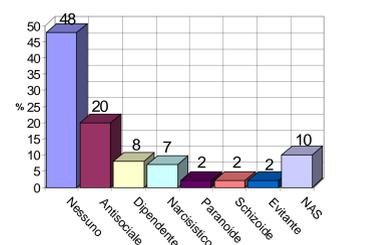


Fig.4: Disturbi di Personalità (DSM-IV)

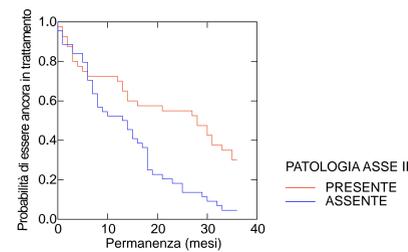


Fig.5: Curve di sopravvivenza per Presenza/assenza di disturbi di Personalità

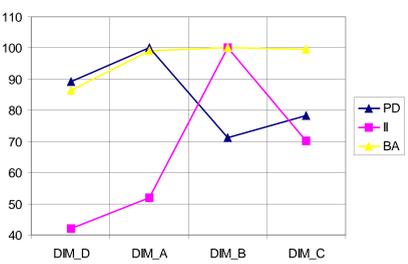


Fig.6: Valori di DIM_A, DIM_B, DIM_C e DIM_D per i gruppi di pazienti PD, II e BA (cfr. Testo)

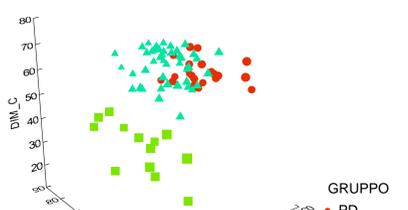


Fig.7: Rappresentazione spaziale dei pazienti dei gruppi PD, II e BA (Cfr. testo)

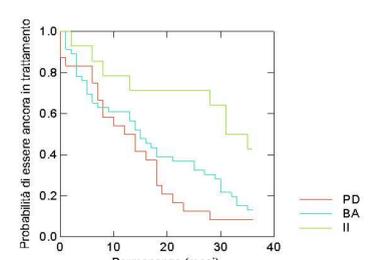


Fig.8: Curve di sopravvivenza per Gruppo di personalità