

Predittori di interruzione del trattamento in un servizio ambulatoriale di psichiatria

Predictors of drop-out in outpatient mental health care

P. ROCCA
C. DE LEO
M. GIUGIARIO
F. MARINO
C. MINGRONE
T. MONGINI
C. MONTEMAGNI
L. PULVIRENTI

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Key words

Drop-out • Outpatient • Mental health care • Service use • Neurotic disorder

Correspondence: Prof. Paola Rocca, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino, via Cherasco 11, 10126 Torino, Italy
Tel. + 39 011 6634848
Fax +39 011 673473
paola.rocca@unito.it

Summary

Objectives

Aims of the present study were two-fold: first, to analyze service utilisation of first-contact patients attending an outpatient mental health service; second, to identify patients and clinical variables associated with an increased probability of leaving care.

Methods

This study was conducted in the Cognitive Disorders Service, Section of Psychiatry, Department of Neuroscience, University of Turin, between January 2004 and July 2006. During this period, 600 patients attended this outpatient service for the first time and were followed up for 3 months. Patients who failed to return after the last visit, even though a new appointment had been established, were regarded as having dropped-out, while patients who remained in contact with the service were considered "continuers". Patients who discontinued the contact, in agreement with the psychiatrist treating the case, were considered "discharged" and were not included in the final sample of the study. For each patient, the following socio-demographic and clinical features have been collected: sex, age, education, working and living situation, presence of psychiatric anamnesis, diagnosis, number of years between the diagnosis and the contact with our service, age at onset, presence of concomitant medical disorders, number of previous hospital admissions, obligatory sanitary treatments and suicide attempts. Furthermore, all patients were evaluated using Global Assessment of Functioning (GAF). Chi-square tests and t-tests were used in group comparisons, and logistic regression analysis was performed to predict service utilisation.

Results

After 3 months, 23% (n = 136) of the 600 newly referred patients had dropped-out, 24% (n = 144) discontinued treatment following mutual agreement on treatment termination and 53% (n = 320) remained in contact. The final sample included 456 patients, 30% drop-out patients and 70% "continuers".

Comparisons of socio-demographic and clinical features between continuing and drop-out patients are shown in Table I. No between-group differences were detected for any socio-demographic features except for age; patients leaving care were significantly younger than those continuing treatment. Patients with a diagnosis of neurotic or somatoform disorders were more likely to drop-out (Tab. II); logistic regression analysis showed an increased risk of dropping out of treatment (OR = 1.82, p = 0.027).

Finally, patients continuing treatment showed a significant improvement in global functioning assessed by GAF (t = -8.49, p < 0.001).

Conclusions

The present results show that in an outpatient mental health service the rate of drop-out is 30%. Moreover, comparison between patients leaving care and "continuers" showed that a diagnosis of neurotic or somatoform disorders is a predictor of treatment discontinuity. Identifying the extent and reasons for treatment drop-out is a critical task for several reasons. Methodological, statistical and structural differences complicate the comparison of study results and further investigations on service utilisation are required, particularly in view of their relevance for patient's treatment outcome.

Introduzione

In psichiatria, il monitoraggio della pratica clinica è di particolare utilità per ottenere informazioni sui vari esiti

possibili e sulle variabili che possono influenzarli ¹ e, tra queste, un requisito importante per ottenere una buona efficacia nei trattamenti è considerato la continuità di cura ². La discontinuità nel trattamento sembra,

infatti, influenzare negativamente la remissione sintomatologica del paziente ³.

L'interruzione precoce dei trattamenti nella malattia mentale è molto comune ⁴; è stato stimato che tra il 26 e il 40% dei pazienti ambulatoriali interrompe inappropriatamente la cura in un periodo di follow-up di un anno ⁵⁻⁷. Anche considerando periodi di follow-up più brevi, le percentuali di pazienti che interrompono precocemente i trattamenti sono elevate. In uno studio di Morlino et al. ⁸, condotto nel contesto di una clinica psichiatrica universitaria, il tasso di sospensione precoce delle cure a tre mesi raggiunge addirittura l'82%.

Un cospicuo numero di pazienti che afferisce ai diversi servizi psichiatrici, inoltre, vi si rivolge un'unica volta. Alcuni studi riportano che, sia tra i soggetti che vengono visitati per la prima volta da uno psichiatra, sia tra quelli che sono stati precedentemente seguiti da altri servizi psichiatrici, il tasso di pazienti che abbandona le cure dopo un primo colloquio si aggira tra il 22 e il 63% ^{9,10}.

Sembra esistere una correlazione tra il tipo di disturbo psichiatrico e l'utilizzo dei servizi; una diagnosi di schizofrenia è considerata un predittore di continuità nelle cure rispetto ad altri disturbi psichiatrici ^{9,11-15}. In uno studio condotto in Italia, i pazienti con diagnosi di nevrosi o disturbi di personalità hanno interrotto inappropriatamente le cure in misura maggiore rispetto ai soggetti con altre diagnosi ¹.

I dati relativi ad altre variabili, socio-demografiche o cliniche, associate a un'interruzione precoce delle cure sono, invece, maggiormente discordanti. Tra i dati presenti in letteratura sono stati indicati come predittori di una sospensione precoce dei trattamenti il sesso maschile ^{10,16,17}, la giovane età ^{7,15,18}, un basso reddito ^{10,19,20}, lo stato civile, la situazione abitativa ^{6,7} e uno scarso livello socio-culturale ^{21,22}. Morlino et al. ⁸ concludono, invece, che nessuna variabile socio-demografica sembra essere associata alla discontinuità di cura.

Alti tassi di precoce interruzione delle cure sono stati correlati alla somministrazione di trattamenti farmacologici non abbinati alla psicoterapia ^{4,17,23}, così come alla convinzione che i trattamenti psichiatrici siano inefficaci o inaccettabili ^{17,21,22}. Relativamente all'assistenza fornita è emerso che una scarsa soddisfazione del paziente sembra essere fortemente associata alla discontinuità di cura ¹⁵. Di conseguenza, discutere apertamente con il paziente riguardo la percezione che esso ha del tipo e della quantità di cure ricevute e la sensazione di aver ricevuto o meno sufficiente attenzione dovrebbe essere una delle priorità nel rapporto medico-paziente ¹⁵. Infine, la sospensione precoce dei trattamenti è stata correlata a una percezione di maggior benessere soggettivo rispetto a quello valutato dallo psichiatra curante. Analogamente, anche questo aspetto dovrebbe essere un punto focale della relazione terapeutica ⁹.

Nel presente studio ci siamo riproposti, primo, di valutare l'utilizzo del servizio in una popolazione di pazienti psichiatrici ambulatoriali che si rivolgono per la prima volta al servizio e, secondo, di identificare le variabili socio-demografiche e cliniche associate ad un'umentata probabilità di interrompere precocemente e inappropriatamente le cure.

Materiale e metodi

SOGGETTI

Lo studio è stato condotto presso il Servizio Disturbi Cognitivi, Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino. Sono stati seguiti per tre mesi i soggetti che, nel periodo compreso tra gennaio 2004 e luglio 2006, si sono rivolti per la prima volta al Servizio, sia con precedente accesso ad altri servizi psichiatrici, sia che non si fossero mai rivolti a uno psichiatra.

I pazienti che non si sono più presentati nonostante fosse stato fissato un successivo appuntamento, sono stati considerati pazienti che hanno interrotto inappropriatamente le cure. I pazienti che hanno continuato a effettuare i colloqui prefissati dallo psichiatra curante durante l'intero periodo di osservazione sono stati considerati pazienti continuativi. Infine, coloro che hanno terminato i colloqui su indicazione dello psichiatra curante sono stati considerati dimessi e non sono stati inclusi nell'analisi statistica successiva. Tra questi ultimi, una parte è stata reinviata al medico di base per la presenza di una sintomatologia di grado lieve o per l'assenza di un disturbo psichiatrico, mentre i restanti sono stati indirizzati presso i Centri di Salute Mentale di competenza.

Per ogni paziente sono state raccolte le seguenti informazioni socio-demografiche e cliniche: sesso, età, anni di scolarità, condizione abitativa, occupazione lavorativa, presenza di anamnesi psichiatrica, diagnosi, età d'esordio, anni dalla diagnosi, familiarità per disturbi psichiatrici, comorbilità medica, numero di tentativi anticonservativi, ricoveri e trattamenti sanitari obbligatori effettuati in precedenza rispetto al primo contatto con il nostro servizio. I pazienti, le cui diagnosi sono state formulate utilizzando l'ICD-10, sono stati successivamente raggruppati in cinque gruppi diagnostici: 1) demenze e altri disturbi cognitivi; 2) schizofrenia e disturbi psicotici; 3) disturbi dell'umore; 4) nevrosi e disturbi somatoformi; 5) altre diagnosi tra cui disturbi di personalità, dipendenza e abuso di alcol e di sostanze, disturbi dell'adattamento e ritardo mentale.

A tutti i pazienti all'ingresso nello studio è stata somministrata la *Global Assessment of Functioning* (GAF) ²⁴ e i pazienti continuativi sono stati inoltre rivalutati dopo tre mesi.

ANALISI STATISTICA

T-test e chi-square test sono stati utilizzati per confrontare le variabili socio-demografiche e cliniche nei due gruppi di pazienti ed è stata applicata l'analisi di regressione logistica per verificare quali fossero i predittori di utilizzo del servizio. L'utilizzo del servizio è stato considerato come variabile dipendente, dicotomizzata con 0 a indicare coloro che hanno continuato a presentarsi agli appuntamenti e con 1 a indicare che il paziente ha interrotto precocemente il trattamento. Sono state utilizzate come variabili indipendenti sesso, età, scolarità, condizione abitativa, occupazione lavorativa, presenza di anamnesi psichiatrica, diagnosi, età d'esordio, anni dalla diagnosi, familiarità per disturbi psichiatrici, comorbilità medica, numero di tentativi anticonservativi, ricoveri e trattamenti sanitari obbligatori e punteggi ottenuti alla GAF. Tra le variabili indipendenti, sono state incluse nel modello di regressione logistica quelle risultate significative con un valore di $p \leq 0,05$.

È stato inoltre utilizzato il t-test per confrontare i punteggi della GAF all'ingresso nello studio e dopo tre mesi nei pazienti che hanno continuato a effettuare colloqui.

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), per windows, versione 11.5 (SPSS Inc., 2002).

Risultati

Dal primo gennaio 2004 al 30 luglio 2006, presso il Servizio Disturbi Cognitivi, sono stati visitati 600 nuovi pazienti, di cui 213 maschi (35,3%) e 387 femmine (65,4%), con un'età media di 56,1 anni. Tra questi 320 pazienti (53%) sono rimasti in carico durante l'intero periodo di tre mesi, 144 (24%) sono stati dimessi dallo psichiatra curante e 136 (23%) hanno terminato inappropriatamente le cure. Il campione finale dello studio è quindi costituito da 456 pazienti.

Nella Tabella I sono riportati i dati socio-demografici e clinici e il confronto tra i due gruppi di pazienti inclusi nello studio.

Non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi per nessuna variabile socio-demografica ad eccezione dell'età: i pazienti che hanno interrotto precocemente le cure sono risultati significativamente più giovani di coloro che sono rimasti in carico.

L'analisi delle variabili cliniche che possono influenzare un'interruzione precoce ha evidenziato che i pazienti con diagnosi di nevrosi o disturbi somatoformi, rispetto ai pazienti con altre diagnosi, hanno una probabilità significativamente maggiore di abbandono prematuro del trattamento. Tra i soggetti con diagnosi

di nevrosi o disturbi somatoformi ($n = 87$), 38 (43,7%) hanno interrotto inappropriatamente le cure, mentre i tassi di abbandono dei soggetti con altre diagnosi sono risultati inferiori (Tab. II).

La regressione logistica ha dimostrato che i pazienti con diagnosi di nevrosi o disturbi somatoformi hanno una probabilità di abbandonare precocemente le cure 1,8 volte maggiore ($OR = 1,82$; $p = 0,027$) rispetto ai pazienti con altre diagnosi, mentre l'età non è risultata essere un predittore significativo di utilizzo del nostro servizio ($OR = 0,99$; $p = 0,129$).

Infine, il confronto dei valori ottenuti alla GAF all'ingresso nello studio (media \pm DS = $63,9 \pm 13$) e dopo tre mesi (media \pm DS = $68,2 \pm 12,8$) dai pazienti continuativi ha evidenziato un miglioramento significativo nel loro funzionamento globale ($t = -8,49$; $p \leq 0,001$).

Discussione e conclusioni

Lo studio si propone di analizzare l'utilizzo del servizio in una popolazione di pazienti psichiatrici ambulatoriali che vi si rivolgono per la prima volta e di identificare le variabili associate a un'umentata probabilità di interrompere precocemente e inappropriatamente le cure.

Gli studi presenti in letteratura sull'argomento sono pochi e vi sono numerose differenze metodologiche, statistiche e strutturali. Lavori condotti in contesti differenti tra loro, campioni costituiti da popolazioni disomogenee, definizioni diverse di *drop-out* e periodi di follow-up non similari rendono difficoltoso il confronto tra i vari studi.

I nostri risultati indicano che, dei 456 pazienti che costituiscono il campione finale dello studio, il 70% rimane in carico dopo un intervallo osservazionale di tre mesi, mentre il 30% interrompe inappropriatamente i trattamenti. I tassi di abbandono precoce delle cure identificati da studi precedenti variano dal 17% al 82%^{1 4-9 15 20 25-28}. Quelli che hanno preso in esame follow-up lunghi, 24 mesi, hanno evidenziato tassi di *drop-out* del 44%¹⁵ del 46%¹.

Per quanto riguarda la composizione del nostro campione, abbiamo considerato la diagnosi di demenza come un gruppo diagnostico indipendente, in quanto il Servizio Disturbi Cognitivi, presso il quale sono stati reclutati i pazienti, comprende anche un servizio di Unità di Valutazione Alzheimer e ciò fa sì che venga visitato un elevato numero di pazienti con tale diagnosi.

Verosimilmente, quest'ultimo dato ha influenzato anche l'età media dei pazienti che interrompono i trattamenti (51,5 anni), mediamente più elevata rispetto alla maggior parte degli studi inerenti l'interruzione precoce dei trattamenti^{4 6 7 9 15}. Nel nostro studio i pazienti che interrompono le cure sono

Tab. I. Confronto delle caratteristiche socio-demografiche e cliniche tra i pazienti che continuano il trattamento e i *drop-out*. *Comparison of socio-demographic and clinical features between continuing and drop-out patients.*

		Continuativi (n = 320)	Drop-out (n = 136)	Statistiche
Sesso	Maschi	37%	35%	ns*
	Femmine	63%	65%	
Età (anni)	Media ± DS	56,3 ± 17,1	51,5 ± 19,3	t = 2,542 [†]
Scolarità (anni)	Media ± DS	9,27 ± 4,5	10,1 ± 4,6	ns
Condizione abitativa	Solo	24%	33%	ns
	Non solo	76%	67%	
Lavoro	Studenti	3%	3%	ns
	Occupati	35%	38%	
	Pensionati	43%	36%	
	Non lavora	19%	23%	
Anamnesi psichiatrica	Positiva	70%	68%	ns
	Negativa	30%	32%	
Diagnosi	Demenze	15%	9%	$\chi^2 = 12,842^{\ddagger}$
	Psicosi	7%	8%	
	Dist. dell'umore	51%	40%	
	Nevrosi e dist. somatof	15%	28%	
	Altre diagnosi	12%	15%	
Età d'esordio	Media ± DS	48,9 ± 19,8	45,7 ± 27,2	ns
Anni dalla diagnosi	Media ± DS	6,92 ± 10,8	6,50 ± 10,5	ns
Familiarità	Positiva	17%	16%	ns
	Negativa	83%	84%	
Comorbidità medica	Positiva	51%	50%	ns
	Negativa	49%	50%	
Tentativi anticonservativi	Media ± DS	0,03 ± 0,2	0,01 ± 0,09	ns
Ricoveri	Media ± DS	0,35 ± 0,85	0,29 ± 1,05	ns
TSO [§]	Media ± DS	0,03 ± 0,18	0,01 ± 0,09	ns
GAF [¶]	Media ± DS	63,9 ± 13	63,3 ± 12,1	ns

* ns = Non significativo; † t = df (226,466); p = 0,012; ‡ $\chi^2 = df (4)$; p = 0,012; § TSO = Trattamento sanitario obbligatorio; ¶ GAF = *Global Assessment of Functioning*.

risultati significativamente più giovani di coloro che hanno continuato a effettuare colloqui, analogamente a quanto riscontrato negli studi sopracitati. In uno studio recente di Rossi et al.¹⁰, i pazienti che sospendono i trattamenti tendono ad avere un'età più elevata rispetto a quelli che li continuano. Tuttavia, a differenza del nostro studio, gli autori indagano le

caratteristiche dei pazienti che hanno effettuato un unico contatto con il servizio e, inoltre, non differenziano tra i soggetti che hanno interrotto le cure autonomamente e quelli che non sono più tornati in accordo con il medico curante. Tra questi ultimi, la valutazione dei pazienti con età più elevata potrebbe essersi conclusa con un singolo colloquio,

Tab. II. Frequenze delle diagnosi nei pazienti che continuano le cure e in quelli che le terminano inappropriatamente. *Frequencies of diagnosis in continuing and drop-out patients.*

	Demenze	Psicosi	Dist. umore	Nevrosi	Altre diagnosi
Continuativi n. (%)	47 (78)	24 (71)	163 (75)	49 (56)	37 (65)
Drop-out n. (%)	13 (22)	10 (29)	55 (25)	38 (44)	20 (35)

con successivo invio presso strutture geriatriche o neurologiche.

L'analisi di regressione logistica ha evidenziato che i pazienti con diagnosi di nevrosi o disturbo somatoforme hanno una probabilità 1,8 volte maggiore di un *drop-out* precoce. I nostri risultati sono in accordo con quelli presentati nello studio di Percudiani et al.¹ in cui i soggetti con diagnosi di nevrosi appaiono più propensi a interrompere i trattamenti, mentre altri autori hanno identificato come predittori di discontinuità di cura la diagnosi di disturbo di personalità²⁹ o di schizofrenia⁷. Al contrario, una diagnosi di schizofrenia è stata considerata da altri studi⁹⁻¹¹⁻¹⁵ un predittore di continuità nei trattamenti rispetto ad altri disturbi psichiatrici.

Una prima limitazione del nostro studio riguarda l'assenza di dati sugli esiti dei pazienti che interrompono le cure rispetto a quelli che continuano ad essere seguiti dal nostro ambulatorio. Young et al.⁷, esaminando gli esiti dei pazienti che continuano le cure rispetto ai soggetti che interrompono i trattamenti, hanno evidenziato che coloro che

abbandonano hanno una minor gravità di malattia e presentano un rilevante miglioramento nella sintomatologia; al contrario, Killapsy et al.³ hanno rilevato che coloro che interrompono i trattamenti sono caratterizzati da maggior gravità di malattia e disagio sociale rispetto a coloro che rispettano gli appuntamenti. Inoltre, secondo Berghofer et al.⁹, nei 18 mesi successivi all'ultimo contatto, almeno il 50% dei pazienti che ha interrotto le cure si presenta nuovamente per una visita. Infine, non abbiamo indagato le motivazioni che hanno portato i pazienti a interrompere precocemente le cure. Alcune interruzioni potrebbero, infatti, essere spiegate dal trasferimento del paziente in un'altra zona geografica o dal miglioramento sintomatologico verificatosi tra il primo accesso al nostro servizio e la prevista successiva visita di controllo.

Successive indagini saranno necessarie per chiarire ulteriormente quali siano le variabili associate a un abbandono precoce dei trattamenti, considerato il peso che il *drop-out* sembra avere sulla possibilità di remissione sintomatologica del paziente.

Bibliografia

- Percudani M, Belloni G, Contini A, Barbui C. *Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment.* Br J Psychiatry 2002;180:254-9.
- Brekke JS, Ansel M, Long J, Slade E, Weinstein M. *Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of persons with schizophrenia.* Psychiatr Serv 1999;50:248-56.
- Killapsy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. *Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome.* Br J Psychiatry 2000;176:160-5.
- 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.
- Pekarik G. *Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment.* J Clin Psychol 1983;39:909-13.
- Tehrani E, Krussel J, Borg L, Munk-Jorgensen P. *Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort.* Acta Psychiatr Scand 1996;94:266-71.
- Young AS, Grusky O, Jordan D, Belin TR. *Routine outcome monitoring in the public mental health system: the impact of patients who leave care.* Psychiatr Serv 2000;51:85-91.
- 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.
- Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Steiner E, Schmitz M. *Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002;37:276-82.
- Rossi A, Amadeo F, Sandri M, Tansella M. *Determinants of once-only contact in a community-based psychiatric service.* Soc Psychiatry Epidemiol 2005;40:50-6.
- Lavik N. *Utilization of mental health services over a given period.* Acta Psychiatr Scand 1983;67:404-13.
- Rudas S. *On measuring the changes in psychiatric care systems: results in an urban area (Vienna).* Psychiatr Bull 1990;14:262-6.
- Tansella M, Micciolo R, Biggeri A, Bisoffi G, Balestrieri M. *Episodes of care for first-ever psychiatric patients. A long term case-register evaluation in a mainly urban area.* Br J Psychiatry 1995;167:220-7.
- Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Schmitz M. *Utilization*

- of mental health care. *Who drops out, who comes back and who stays?* Psychiatr Praxis 2000;27:372-7.
- ¹⁵ Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G, Tansella M. *Dropping out of care: inappropriate termination of contact with community-based psychiatric-based psychiatric services.* Br J Psychiatry 2002;181:331-8.
- ¹⁶ Leaf PJ, Bruce ML. *Gender differences in the use of mental health-related services: a re-examination.* J Health Soc Behav 1987;28:171-83.
- ¹⁷ Wang PS, Gilman SE, Guardino M, Christiana JM, Morselli PL, Mickelson K, et al. *Initiation of and adherence to treatment for mental disorders: examination of patient advocate group members in 11 countries.* Med Care 2000;38:926-36.
- ¹⁸ Baruch G, Gerber A, Fearon P. *Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: a preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment.* Br J Med Psychol 1998;71:233-45.
- ¹⁹ Keeler EB, Manning WG, Wells KB. *The demand for episodes of mental health services.* J Health Econ 1988;7:369-92.
- ²⁰ Chen A. *Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical interventions.* Hosp Community Psychiatry 1991;42:282-7.
- ²¹ Leaf PJ, Livingston MM, Tischler GL, Weissmann MM, Holzer CE III, Myers JK. *Contact with health professionals for the treatment of psychiatry and emotional problems.* Med Care 1985;23:1322-37.
- ²² Toseland RW. *Treatment discontinuance: grounds for optimism.* Soc Casework 1987;68:195-204.
- ²³ Paykel ES. *Psychotherapy, medication combinations, and compliance.* J Clin Psychiatry 1995;56(Suppl.1):24-30.
- ²⁴ Endicott J, Spitzer R, Fleiss J, Cohen J. *The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance.* Arch Gen Psychiatry 1976;33:766-71.
- ²⁵ Sweet C, Noonan J. *Factors associated with premature termination from outpatient treatment.* Hosp Community Psychiatry 1989;40:947-51.
- ²⁶ Mahneke T, Dragsted V, Jensen PS, Larsen SB, Meidahl B, Rosenbaum B. *Ambulatory psychiatry - a follow-up after 1 year.* Ugeskr Laeger 1993;155:1464-8.
- ²⁷ Pang AH, Lum FC, Ungvari GS, Wong CK, Leung YS. *A prospective outcome study of patients missing regular psychiatric outpatient appointments.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996;31:299-302.
- ²⁸ Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. *Non-attendance at psychiatric outpatient clinics: communication and implication for primary care.* Br J Gen Pract 1999;49:880-3.
- ²⁹ Cohen K, Edstrom K, Smith-Papke L. *Identifying early dropouts from a rehabilitation program for psychiatric outpatients.* Psychiatr Serv 1995;46:1076-8.