

Titolo: La valutazione del drop-out in un campione di terapeuti**Autori:** Giulia Paradisi¹, Rosario Capo¹⁻², Marco Saettoni¹⁻², Andrea Gragnani ¹⁻²**Affiliazioni:** 1 Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma; 2 Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma e Grosseto**Abstract**

Lo scopo di questo studio è quello di approfondire il fenomeno del drop-out e i vissuti dei terapeuti che si trovano di fronte alla “sedia vuota” di un paziente che interrompe prematuramente la terapia. Il presente studio si focalizza sulle riflessioni di psicologi e psicoterapeuti su casi di interruzione non concordata di trattamento e, nello specifico, il modo in cui tali figure professionali interpretano questi casi, cosa ritengono di avere imparato professionalmente da essi, in che modo l’interpretazione del drop-out possa influenzare il loro successivo lavoro terapeutico e, indirettamente, quali possono essere gli errori più frequenti per cercare di evitarli e soprattutto come utilizzare terapeuticamente quella quota che resta comunque ineliminabile a partire dalla nostra esperienza clinica (Lorenzini & Scarinci, 2010). I dati dello studio sono stati raccolti utilizzando una intervista semi-strutturata; questo strumento di indagine è la risultante delle tematiche emerse dalla letteratura sull’argomento ed è stato messo a punto da A. Piselli presso l’Università del Massachusetts (2010). Nel presente studio l’intervista utilizzata è stata prima tradotta in lingua italiana e successivamente somministrata al campione di terapeuti

Key words: Drop-out, alleanza terapeutica, vissuti, paziente, terapeuta, burnout, intervista semi-strutturata

Introduzione

La stesura di questo lavoro nasce da un nostro particolare interesse nei confronti della tematica trattata e, nello specifico, dei vissuti dei terapeuti che si trovano di fronte alla “sedia vuota” di un paziente che interrompe prematuramente la terapia.

Da una revisione della letteratura sull’argomento presentato emerge una evidente povertà di studi e di ricerche a tal proposito. Gran parte dei tentativi in ambito scientifico sono stati fatti nella ricerca di fattori che potessero spiegare e quindi predire il drop-out, ovvero la cessazione anticipata e non concordata del trattamento terapeutico, fenomeno che in ambito clinico si ritiene necessario esplorare e comprendere in maniera accurata, in primo luogo per individuare strategie di cura e di intervento più efficaci. Tuttavia, nonostante la grande frequenza delle interruzioni delle psicoterapie e la loro importanza sia dal punto di vista clinico che da quello scientifico, la nostra conoscenza dei possibili predittori di questo fenomeno è tuttora insoddisfacente (Clarkin & Levy, 2004; Lambert & Ogles, 2004). Questo per una serie di motivi, tra cui le caratteristiche dei pazienti, come affermano Vetrone, Fusco, Lombardo e De Coro (2007) in una ricerca pilota sull’esito delle psicoterapie presso la ASL di Roma: “anche se questo tema è stato oggetto di numerose ricerche, è difficile organizzare studi sistematici che prevedano un post-test, laddove il paziente abbandoni improvvisamente e senza spiegazioni il contesto clinico” (p.70).

Numerosi sono gli elementi che ostacolano la ricerca e che rendono difficoltoso il confronto tra i vari studi: la mancanza di una definizione univoca del termine (“drop-out”), la varietà di motivi di interruzione della terapia, la divergenza di prospettive tra pazienti e terapeuti (Ogrodniczuk, Joyce & Piper 2005; Reis & Brown, 1999), la disomogeneità delle popolazioni che costituiscono i campioni, la non similarità dei periodi di follow-up, la diversità sia dei contesti in cui vengono condotti i lavori (Rocca et al., 2007) sia dei modelli di ricerca adottati (prospettico o retrospettivo) nonché della specifica modalità dei servizi (pubblico vs privato o territoriale vs universitario) (Mazzotti, Pasquini & Barbato, 2001).

Le variabili relative al paziente che sono state maggiormente studiate negli ultimi decenni sono le seguenti:

- 1) *età, sesso e diagnosi psichiatrica;*
- 2) *classe sociale, scolarità, razza;*
- 3) *aspettative del paziente.*

Tuttavia non sono state trovate relazioni significative tra le variabili considerate e il fenomeno in esame: in una revisione della letteratura del 1999, Reis e Brown affermano che variabili demografiche, come l’età del cliente, il sesso e lo status sociale non rappresentano solidi predittori di drop-out; hanno altresì fatto emergere l’inconsistenza predittiva di elementi quali la diagnosi, il livello dei sintomi, il problema presentato e l’esperienza con la terapia. Inoltre, fattori predittivi come il sesso

e l'esperienza erano fattori predittivi in alcuni studi, ma non in altri. In alcune ricerche le variabili demografiche, associate ad un basso status socio-economico (SES), come una condizione di minoranza etnica e un minor numero di anni di istruzione sono risultati segnali predittivi di cessazione anticipata più consistenti (Arnow et al, 2007; Connell et al, 2006; Wierzbicki & Pekarik, 1993), tuttavia altri studi suggeriscono che l'associazione tra bassi SES e cessazione anticipata rappresenta il risultato della scarsa alleanza paziente-terapeuta piuttosto che un fattore collegato alla povertà. Corning e Malofeeva (2004) esaminando la letteratura hanno concluso che "fino ad oggi non vi è stata quasi nessuna concreta individuazione dei fattori che influenzano la probabilità di [interruzione anticipata]" (p.354).

Se confrontiamo questi dati con quelli relativi al grande sviluppo degli studi sulle variabili interazionali (ad esempio sulla alleanza terapeutica) potremmo pensare che lo studio delle caratteristiche dei pazienti abbia perso ogni interesse (cfr. Vetrone et al.,2007). Inoltre Clarkin e Levy (2004) affermano che, "mentre la *review* di Garfield (1994) evidenziava il ruolo delle variabili relative al cliente considerandole isolatamente, vi è attualmente la tendenza, con la quale concordano, a sottolineare l'interazione fra queste variabili e quelle relative al terapeuta e al trattamento". A questo proposito Stiles, Honos-Webb e Surko (1998) scrivono:

"Le variabili del cliente già presenti prima del trattamento hanno un impatto sulla terapia ma, non appena la terapia inizia, entrano nel contesto dinamico e continuamente mutevole costituito dalle variabili e dai comportamenti del terapeuta [...] Le modalità di risposta del terapeuta alle variabili e al comportamento del cliente determineranno la relazione statistica fra queste variabili e l'esito del trattamento." (p.441).

Sembrerebbe quindi che attualmente non vi sia spazio per ricerche che studino le caratteristiche del cliente considerandole isolatamente: non riuscendo ad identificare predittori demografici coerentemente collegati all'interruzione anticipata, i ricercatori hanno rivolto la loro attenzione su caratteristiche sottili del rapporto terapeuta paziente.

Nonostante gli attuali limiti della ricerca scientifica, ci sono dati significativi che indicano l'esistenza di un'associazione tra difficoltà nell'alleanza terapeutica ed elevato rischio di drop-out, e i ricercatori suggeriscono delle manovre terapeutiche per contrastare l'eventualità di incorrere in questo pericolo (Piselli, 2010). Quando un paziente interrompe il trattamento il terapeuta può reagire in vari modi, sia in base alle aspettative che aveva rispetto alla terapia con quel paziente (quanto ci aveva investito, che cosa sperava di ottenere, ecc), sia in base a quanto si percepiva un "buon terapeuta" o addirittura il "salvatore" di quel paziente (Guy, 1987), a quanto si riteneva capace e competente con quello specifico problema di quel paziente (senso di auto-efficacia, consapevolezza di risorse/limiti

professionali personali, ecc) sia in base alle interpretazioni che avrà dato a quanto accaduto (locus of control esterno/interno, ecc). Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto il terapeuta può attribuire la responsabilità del drop-out o ad un suo errore, esprimendo vissuti di colpa o di rammarico, citando errori quali ad esempio il non saper essere entrato in empatia con il paziente o il non aver colto in tempo segnali di difficoltà nella terapia, oppure può ritenere che l'interruzione sia stata causata da caratteristiche del paziente, come una mancanza di motivazione alla terapia, una riluttanza a guarire, uno stile di personalità disadattivo o un attaccamento insicuro.

Questi fattori (vissuti emotivi, interpretazioni, valutazioni) possono contribuire ad innescare nel terapeuta sentimenti di sfiducia e di conseguenza possono influenzare negativamente il suo lavoro con altri pazienti, soprattutto tenendo conto della mancanza di elementi oggettivi su cui confrontarsi per poter capire gli eventuali errori fatti o la presenza di variabili interferenti (mancanza di fattori predittivi). Guy (1987) ha osservato che i terapeuti possono sentirsi respinti, abbandonati o traditi dai loro pazienti, nonché delusi per la convinzione di aver fallito. Ogrodniczuk et al. (2005) sottolineano che per i terapeuti la cui autostima è strettamente legata alla capacità di aiutare gli altri, la "perdita" di un paziente può essere vissuta come una "ferita narcisistica". Le forti emozioni negative innescate da un drop-out possono interferire con la capacità di un terapeuta di lavorare in modo efficace: Guy et al. (1989) hanno rilevato che alcuni terapeuti ritengono di aver offerto una qualità trattamentale inferiore, o addirittura insufficiente, a causa del loro malessere personale.

Farber (1983) ha riscontrato che l'interruzione anticipata della terapia da parte del paziente risulta la terza fonte di stress (dopo le minacce di suicidio e un atteggiamento ostile) tra psicologi, psichiatri e assistenti sociali. Da alcune ricerche emerge che il fallimento di una terapia può erodere il senso di fiducia e di efficacia dei terapeuti (Connell et al, 2006; Frayn, 1992, 2008; Ogrodniczuk et al., 2005).

Inoltre, come già detto, una reazione del terapeuta può avere un impatto significativo nel suo lavoro con i pazienti futuri: secondo Guy (1987), i terapeuti possono sovracompensare queste esperienze dolorose o mettendo le distanze con i loro pazienti attuali e futuri, o viceversa, aumentando eccessivamente la vicinanza con essi. In entrambi i casi, il rischio del terapeuta è quello di commettere l'errore di anteporre le proprie esigenze (di sicurezza o di vicinanza) a quelle del paziente. Pekarik (1985) afferma che tali vissuti di insoddisfazione nei confronti del proprio lavoro possono concludersi con un "burnout".

Obiettivi

Il presente studio si focalizza sulle riflessioni di psicologi e psicoterapeuti su casi di interruzione non concordata di trattamento (drop-out). Più in particolare, questo studio intende esplorare come tali figure professionali interpretano questi casi, cosa ritengono di avere imparato professionalmente da essi, in che modo l'interpretazione del drop-out possa influenzare il loro successivo lavoro terapeutico

e, indirettamente, quali possono essere gli errori più frequenti per cercare di evitarli e soprattutto come utilizzare terapeuticamente quella quota che resta comunque ineliminabile a partire dalla nostra esperienza clinica (Lorenzini & Scarinci, 2010).

Lo studio si è posto le seguenti domande:

1. Come e quando i terapeuti osservano segnali di pericolo di interruzione prematura di trattamento (drop-out)?
2. Quali sono le principali cause che attribuiscono al drop-out? Quali sono le loro opinioni riguardo al proprio ruolo in questi casi?
3. Quali tentativi avevano fatto o avrebbero voluto fare per evitare la chiusura della terapia?
4. Come questi “fallimenti” terapeutici hanno influenzato la loro visione di sé riguardo alle proprie competenze terapeutiche, alla capacità di sintonizzarsi e di entrare in relazione con i pazienti?
5. Come questi “fallimenti” terapeutici hanno influenzato il loro lavoro con i pazienti successivi?

Materiale e metodo

Per quanto riguarda i partecipanti alla presente indagine il campione è costituito da quattro professionisti della salute mentale che lavorano presso un Centro privato ambulatoriale di Lucca, tutti professionisti ad orientamento cognitivo-comportamentale: 1 psichiatra “senior” (ovvero con più di dieci anni di attività), 1 psicologo psicoterapeuta e due psicologhe al quarto anno di specializzazione. Tramite questo studio essi sono stati invitati a riflettere su alcuni casi di drop-out di pazienti seguiti in terapia e a fare delle considerazioni in merito a tali interruzioni precoci di trattamento. I pazienti che sono stati presi in considerazione dalla ricerca hanno partecipato almeno a quattro sedute, per distinguere tra coloro che siano stati minimamente coinvolti nella terapia prima di terminarla e coloro che interrompono prima che il trattamento sia veramente cominciato (Connell, Grant & Mullin, 2006; Derisley & Reynolds, 2000; Frayn, 2008). Il campione dei pazienti oggetto della riflessione da parte dei terapeuti sono risultati complessivamente 17 (su un totale di 382 pazienti in cura presso la struttura). Relativamente allo strumento di indagine, i dati dello studio sono stati raccolti utilizzando una Intervista Semi-Strutturata che consiste in una serie di domande aperte aventi lo scopo di indagare ed approfondire i quesiti sopra descritti negli obiettivi della ricerca. Questo strumento di indagine è la risultante delle tematiche emerse dalla letteratura sull’argomento ed è stato messo a punto da A. Piselli presso l'Università del Massachusetts (2010).

Nel presente studio l’intervista utilizzata è stata prima tradotta in lingua italiana e successivamente somministrata al campione di terapeuti. Il disegno di ricerca di questo studio si colloca nell’ambito

metodologico della Ricerca Consensuale Qualitativa (CQR) descritta da Hill, Thompson & Williams (1997) e successivamente rivista da Hill et al. (2005).

Inizialmente sono state create delle aree tematiche generali, considerando da una parte il protocollo dell'intervista e dall'altra gli spunti forniti dalla letteratura sulla tematica oggetto di studio: caratteristiche cliniche del campione, struttura e durata della terapia, valutazione del terapeuta sull'andamento della terapia, sulle cause principali e sugli "effetti" del drop-out . All'interno di tali aree tematiche sono state poi inserite le risposte degli intervistati sottoforma di "concetti nucleari" con particolare attenzione, in fase di codifica, a lasciare inalterato il significato delle loro parole ed evitando di applicare procedure deduttive al materiale verbale raccolto in forma scritta.

Risultati

In questa sezione saranno presentate le aree tematiche risultanti dall'analisi delle 17 interviste; queste sono state suddivise in cinque Tabelle contenenti le risposte ottenute ai vari items.

Nella seguente Tabella sono riportate le caratteristiche socio-demografiche del campione finale dei pazienti, mentre le aree tematiche con i relativi contenuti sono rappresentati nelle Tabelle 2-6.

Tab. 1 Casistica (caratteristiche socio-demografiche)

<i>Sesso</i>		<i>Scolarità</i>	
Maschi	5	Elementari	0
Femmine	12	Media inf.	2
<i>Professione</i>		Media sup.	11
Dipendente	5	Laurea	3
Dirigente/impiegato/a	4	Post laurea	1
Operaio/a	0	<i>Età</i>	
Disoccupato/a	1	< 20 anni	2
Pensionato/a	2	21-30	3
Studente	4	31-40	6
Casalinga	1	41-50	3
<i>Stato civile</i>		51-60	1
Celibe/Nubile	10	61-70	2
Coniugato/a	2	<i>Residenza</i>	
Separato/a o divorziato/a	3	Regione	14
Vedovo/a	0	Toscana	3
		Fuori regione	

Presentazione del campione (parte generale). Il nostro campione è formato prevalentemente da pazienti di sesso femminile, con un'età media di 36 anni, single, con un lavoro da dipendente, residente nella Regione Toscana e con una scolarità media (diploma).

Tab.2 Casistica (caratteristiche cliniche)

Diagnosi		“C” problematico	
Nessuna	1	Tristezza	6
Umore	8	Gioia	0
Ansia	6	Ansia	5
Comportamento alimentare	0	Rabbia	2
Dipendenza sostanze	1	Disgusto	0
Psicosi	1	Vergogna	1
		Colpa	2
		Noia	1
Comorbilità Asse I		Comorbilità Asse II	
Nessuna	10	Nessuna	6
Umore	2	Cluster A	3
Ansia	3	Cluster B	7
Comportamento alimentare	1	Cluster C	1
Dipendenza sostanze	0		
Psicosi	1		

Presentazione del campione (parte clinica). La maggior parte dei pazienti inclusi nella ricerca avevano ricevuto una diagnosi primaria di disturbo dell'umore (47%) o di disturbo d'ansia (35%); solo il 6% del campione era affetto da disturbi di dipendenza da sostanze e, in uguale percentuale, compaiono disturbi psicotici (6%) e soggetti che non hanno ricevuto “nessuna diagnosi” poiché il loro quadro clinico non presentava criteri diagnostici compresi nel DSM IV (6%). Non compaiono diagnosi di disturbo del comportamento alimentare. Il campione in oggetto non presenta, nella maggior parte dei casi, un disturbo in comorbilità sull'asse I (59%), mentre il 17% ha una diagnosi aggiuntiva a quella principale tra i disturbi d'ansia, il 12% tra i disturbi dell'umore, il 6% con disturbi della condotta alimentare, il 6% con disturbi psicotici, mentre non compare nessuna diagnosi con disturbi di dipendenza da sostanze in comorbilità. Per quanto riguarda la presenza di disturbi in comorbilità sull'asse II del DSM IV, il 41% del campione presenta una diagnosi aggiuntiva compresa nel Cluster B del manuale diagnostico, il 35% nessuna diagnosi aggiuntiva, il 18% un disturbo di Cluster A e il 6% un disturbo di Cluster C. Il paziente si è rivolto al centro di cura prevalentemente per problemi

riconducibili ad emozioni di tristezza (35%) e/o di ansia (29%); nel 12% dei casi per problemi di rabbia o di colpa (12%), oppure di noia (6%) o di vergogna (6%).

Tab. 3 Struttura e durata della terapia

Tipo di terapia	
Solo psicoterapia	5
Terapia combinata	12
N. sedute prima del drop-out	
Minore o uguale a 10	9
Maggiore di 10	8
Modalità di interruzione da parte del pz	
Non ha comunicato intenzione	5
Ha comunicato intenzione	12

Struttura e durata della terapia. La maggior parte dei pazienti del campione (71%) aveva intrapreso una terapia di tipo “combinato” (assunzione di farmaci in aggiunta a sedute di psicoterapia), mentre un 29% era seguito solamente in psicoterapia. Prima di interrompere il trattamento psicoterapico, il 53% dei pazienti aveva effettuato un numero minore o uguale a dieci sedute, mentre un 47% era arrivato ad un numero maggiore di dieci; nella maggior parte dei casi il paziente non ha comunicato al terapeuta l’intenzione di interrompere il trattamento (71%), mentre solo il 29% ha comunicato apertamente la sua intenzione.

Tab. 4 Valutazione del terapeuta sull’andamento della terapia

Progressi del paziente	
Riduzione sintomatologica	10
Aumento consapevolezza del problema	4
Nessuno	3
Previsione di drop-out	
Prevedeva	12
Non prevedeva	5
Segnali premonitori del paziente	
Scarsa motivazione	3
Miglioramento sintomatologico	1
Problemi nella relazione terapeutica	3
Saltare sedute	5
Problemi esterni alla terapia	2

Scarso insight del paziente	1
Nessuno	5

Come è andata la terapia. Nel 59% dei casi i terapeuti affermano che il paziente che ha interrotto il trattamento psicoterapico aveva presentato un evidente riduzione sintomatologica, nel 23% che era riuscito ad ottenere una maggiore consapevolezza del proprio problema/disturbo, mentre nel 18% dei casi i terapeuti ritengono che il proprio paziente non abbia in alcun modo beneficiato della terapia effettuata. Nel maggior numero dei casi il terapeuta si aspettava il “drop-out” del paziente (71%), mentre solo nel 29% non era stato colto alcun “segnale” in tal senso. Tra i terapeuti che avevano previsto il drop-out, nel 25% dei casi il segnale principale è rappresentato dall’abitudine del paziente

nel saltare le sedute, da segnali di scarsa motivazione nell’affrontare la terapia (25%), da problemi nella relazione terapeutica (15%), da problemi esterni alla terapia come lo scarso sostegno familiare (10%), dal miglioramento sintomatologico del paziente (5%) o dallo scarso insight di quest’ultimo (5%).

Tab. 5 Valutazione sulle cause principali del drop-out da parte del terapeuta

<i>Cause del drop-out</i>	
Caratteristiche del paziente	10
Errore/i del terapeuta	6
Problemi esterni alla terapia	1
Non so	1
<i>Caratteristiche del paziente</i>	
Gravità/caratteristiche quadro clinico	10
Età	2
Difficoltà relazionali	2
Idea distorta della terapia	2
Miglioramento quadro clinico	1
Problemi familiari	2
Nessuna in particolare	1
<i>Errore/i da parte del terapeuta</i>	
Nessun errore commesso	7
Qualche errore commesso	10
<i>Quale/i tipo/i di errore/i</i>	
Reazioni emotive interferenti (danni alla relazione terapeutica)	5
	10

Precocità intervento	1
Non aver coinvolto i familiari	3
Non so	
<i>Cambiamento valutazione su cause di drop-out nel tempo</i>	14
Nessun cambiamento	3
Qualche cambiamento	9
<i>Domande che continua a porsi sul “caso”</i>	8
Nessuna	
Qualche domanda	

Perché i pazienti hanno interrotto preauramente la terapia. Ai terapeuti era chiesto inizialmente quale fosse stata, al momento del drop-out, la propria considerazione circa le cause principali di tale interruzione: nella maggior parte dei casi l'attribuzione è stata alle caratteristiche del paziente (56%), nel 33% ad uno o più errori commessi dal terapeuta, nel 5% a problemi esterni alla terapia, mentre nel 6% non ci si è dati una spiegazione.

Per quanto riguarda le caratteristiche del paziente, i terapeuti (50%) ritengono che il drop-out sia da attribuire alla gravità o alle caratteristiche del quadro clinico (come l'intensità dei sintomi), alla troppo giovane o anziana età (10%), a difficoltà relazionali (10%), ad un'idea distorta della terapia (10%), a problemi familiari (10%), al miglioramento del quadro clinico (5%) o a nessuna caratteristica in particolare (5%). Nel 59% dei casi i terapeuti, inoltre, ammettono di aver commesso qualche errore nella terapia, mentre nel 41% non si attribuisce alcuna responsabilità del drop-out al proprio lavoro svolto: per quanto riguarda la prima categoria c'è chi sostiene di avere eseguito interventi terapeutici in maniera troppo precoce, tenendo poco conto dei “tempi” del paziente (53%), chi ritiene che l'errore sia stato fatto nell'ambito della relazione terapeutica prevalentemente a causa di una cattiva gestione delle emozioni (26%) e chi pensa che sarebbe stato utile coinvolgere i familiari del paziente per evitare l'interruzione anticipata della terapia (5%), mentre il restante 16% non sa dare una risposta. Nella maggioranza dei casi i terapeuti, nel corso del tempo, non hanno assolutamente cambiato la propria valutazione rispetto a “cosa è andato storto” nella terapia con quel paziente (82%), mentre nel 18% dei casi hanno modificato il proprio punto di vista. Nel 53% dei casi i terapeuti non si interrogano più sul “perché” quel paziente abbia interrotto la terapia, mentre nel 47% dei casi continuano a porsi domande sul “caso” (esempio: come sarebbe andata se si fosse agito in un altro modo).

Tab. 6 Valutazione sugli “effetti” del drop-out da parte del terapeuta

<i>Reazioni emotive al drop-out</i>		<i>Influenza nel lavoro con altri pazienti</i>	
Tristezza/Dispiacere	9	Nessuna	8
Non negative (sollievo ecc)	7	Qualche influenza	9
Rabbia	1	<i>Che tipo di influenza</i>	
Colpa	1	Negativa	1
<i>Influenza sul proprio senso di competenza professionale</i>		Positiva	8
Nessuna	9	<i>Cosa farebbe di diverso con lo stesso paziente</i>	
Qualche influenza	8	Nulla di diverso	7
<i>Che tipo di influenza</i>		Qualcosa di diverso	10
Negativa (riduzione senso d.c.)	2	<i>Quali cambiamenti/accorgimenti nella terapia</i>	8
Positiva (“imparare dagli errori commessi”)	6	Tempistica intervento	4
		Relazione terapeutica	2
		Contratto terapeutico	2
		Non so	

Quali effetti ha avuto il drop-out sui terapeuti. Nel 50% dei casi i terapeuti affermano di aver provato tristezza e dispiacere per il drop-out del proprio paziente e nel 39% dei casi si riportano emozioni non negative (sollievo, indifferenza, ecc); solo nel 5,5% dei casi si registrano emozioni di rabbia e nel restante 5,5% di colpa.

Nel 53% dei casi i terapeuti ritengono che l'interruzione anticipata della terapia da parte del paziente non abbia in alcun modo influenzato il proprio senso di competenza professionale, mentre nel 47% dei casi si suppone che ciò sia avvenuto; di quest'ultima categoria, comunque, al 75% si ritiene che l'influenza sia stata “positiva”, cioè si crede di aver imparato dagli errori commessi con quel paziente, mentre solo al 25% si afferma di esserne stati condizionati negativamente (esempio: vissuti di frustrazione e pensieri di incapacità sulle proprie competenze professionali). Ancora, nel 53% dei casi si pensa che il drop-out abbia influenzato il proprio lavoro con altri pazienti, mentre nel 47% dei casi non si mettono in relazione questi due aspetti; tra chi pensa di essere stato in qualche modo condizionato, afferma anche di esserlo stato in maniera positiva (89%), mentre solo una piccola parte ritiene di esserne stato influenzato negativamente (11%).

Nella maggior parte dei casi i terapeuti, a posteriori, farebbero qualcosa di diverso nel lavoro con “quel” paziente (59%), mentre nel 41% dei casi agirebbero nello stesso modo. Ad un terapeuta inesperto che avesse a che fare con “quel” paziente, i terapeuti consiglierebbero di fare maggiore attenzione alla tempistica dell'intervento (50%), di curare meglio la relazione terapeutica (25%) e di

prestare attenzione al contratto terapeutico iniziale (12%), mentre nel 13% dei casi non si sa rispondere alla domanda.

Commento e discussione

In questa sezione verranno prima commentati i contenuti principali emersi dall'analisi delle interviste e poi discussi i limiti dello studio, con una riflessione sulle implicazioni per la ricerca futura. Premettendo che non tutti considerano le interruzioni come drop-out e non tutti le considerano insuccessi (Morrow, 1977; Carpenter, 1979), tuttavia uno scopo implicito di questo studio è quello di ragionare sui possibili "perché" di un'interruzione anticipata di terapia e, conseguentemente, di stimolare la riflessione sulle implicazioni per la clinica fornendo ai terapeuti degli spunti utili per curiosare nel proprio *modus operandi*, in una prospettiva di volenterosa, proficua e continua autocritica professionale.

Riflessioni sull'andamento della terapia e reazioni dei terapeuti al drop-out

I terapeuti intervistati hanno identificato una varietà di problemi che possono aver causato l'interruzione prematura di trattamento e hanno descritto un insieme di fattori che hanno attribuito ad entrambi, ovvero ai pazienti e a loro stessi. Nella maggior parte dei casi i terapeuti hanno anche riconosciuto il ruolo che possono aver giocato nel contribuire all'interruzione precoce della terapia, argomentando i "passi falsi" che pensano di aver commesso nel lavoro con "quel" paziente. Gli errori

maggiormente riportati nelle interviste risultano essere la precocità dell'intervento e l'aver sottovalutato l'esigenza del paziente di "stare" sul sintomo per lui egodistonico, andando a lavorare troppo prematuramente sugli scopi in ballo nel suo funzionamento psicologico, secondo l'ottica cognitivista; a seguire, i terapeuti hanno citato l'interferenza di personali reazioni emotive nella terapia, come la rabbia verso il paziente, che non sono stati in grado di riconoscere e/o di gestire durante il trattamento e che, di conseguenza, hanno rappresentato un ostacolo alla costruzione o al consolidamento dell'alleanza terapeutica. Il ruolo dell'alleanza terapeutica è stato ben dimostrato in rapporto agli esiti dei trattamenti (Luborsky, 1996) e vi sono indicazioni che ciò valga anche per i drop-out (Lingiardi et al., 1999).

Bordin (1979), che ha il merito di aver "tragheggiato" il concetto di alleanza dalla sua culla psicodinamica ad altri campi di intervento clinico, in particolar modo il cognitivismo, definisce l'alleanza come "un reciproco accordo riguardo agli obiettivi (Goal) del cambiamento e ai compiti (Task) necessari per raggiungere tali obiettivi, insieme allo stabilirsi dei legami (Bond) che mantengono la collaborazione tra i partecipanti al lavoro terapeutico" (p. 16). Sulla base di questa

definizione si può supporre che uno scarso accordo su fini e mezzi della terapia, come può essere lo spostamento del “focus” dell’intervento non esplicitato e condiviso col paziente, può portare a un disaccordo nella diade che può sfociare, se non riconosciuto e trattato, in una rottura vera e propria della relazione terapeutica. Safran e Muran (2000) considerano l'alleanza terapeutica un processo continuo e dinamico di negoziazione intersoggettiva. Per spiegare i presupposti teorici su cui basano questa loro lettura dell'alleanza essi ricorrono alla dialettica tra agentività e relazionalità e indicano come l'obiettivo terapeutico fondamentale sia sempre quello di acquisire una capacità di negoziazione tra le necessità di agentività e di relazionalità del paziente.

Anche laddove sia stato commesso un errore “tecnico” (esempio: la precocità dell’intervento o il non aver coinvolto i familiari nella terapia) e ve ne sia la consapevolezza da parte del terapeuta, l’attenzione alla relazione e alla ri-negoziazione di obiettivi e mezzi è parte integrante del processo terapeutico e può presumibilmente prevenire un’interruzione di trattamento. Rielaborando la formulazione di Bordin (1979), alcuni autori considerano l'alleanza terapeutica tra paziente e terapeuta un elemento intrinseco del processo di cambiamento e il superamento delle rotture terapeutiche una componente fondamentale della terapia (Safran, 1998; Safran e Muran, 1996; 1998; 2000; 2006; Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002; Safran & Segal, 1990).

Tornando al nostro studio e ai terapeuti intervistati, in diversi casi è emersa poca consapevolezza rispetto a quanto successo in terapia e a quali possano essere state le cause del drop-out; questo rappresenta un motivo di riflessione sulla necessità di monitorare costantemente il processo terapeutico, ad esempio facilitando l’auto-supervisione. De Silvestri (1999) propone a tale scopo una serie di domande aperte per stimolare nel terapeuta delle riflessioni sulla seduta con il paziente, con la

raccomandazione di rivolgersi ad un supervisore nel caso in cui si incontrassero difficoltà a rispondere: *Quanta attenzione hai dedicato alla relazione terapeutica? Hai identificato quali fossero le priorità del paziente? E così via.*

Sebbene nella maggior parte dei casi, a posteriori, i terapeuti siano stati in grado di identificare alcuni problemi nel trattamento, solo in alcuni casi hanno dichiarato di aver visto segnali che potevano far pensare ad un drop-out da parte del paziente.

Il non aver previsto o colto questi potenziali segnali può aver rappresentato un ostacolo al riconoscimento e alla risoluzione di eventuali problemi nella terapia, tant’è che questi terapeuti affermano di non aver potuto fare nulla per evitare l’interruzione del trattamento proprio a causa della mancanza di tempo (*“Il paziente non ha dato alcun segno e purtroppo ho potuto solo ascoltare la telefonata della moglie, non avendo più potuto parlare con lui”*). Più problematico, forse, il fatto che sebbene nella maggior parte dei casi sia stata “intuita” un’interruzione di trattamento, le manovre terapeutiche impiegate per evitarlo siano state pressoché vane o in alcuni casi addirittura peggiorative, nel senso che hanno condotto più velocemente al drop-out del paziente (*“Ha mostrato perplessità”*,

“Ha cominciato ad evitare e ha interrotto la terapia dopo pochi incontri”). E’ probabile che nel momento in cui questi segnali si rendono molto evidenti (es. il paziente comincia a saltare le sedute), la relazione terapeutica sia già per qualche verso compromessa e/o il paziente abbia già preso in considerazione l’idea di non proseguire, e questo ci potrebbe far riflettere sulla necessità di riconoscere altri tipi di “campanelli d’allarme”, presumibilmente antecedenti a questi. A tal proposito esistono in letteratura delle rassegne in cui vengono elencati vari tipi di indicatori di rottura dell’alleanza terapeutica, come il fatto che il paziente comunichi indirettamente sentimenti negativi veicolandoli con il sarcasmo o che si mostri eccessivamente compiacente (Safran & Segal, 1990), che possono essere clinicamente considerati non tanto come segnali di spaccatura vera e propria nella relazione, quanto piuttosto come momenti in cui il paziente sottopone il terapeuta a test per verificare l’attendibilità e le condizioni di sicurezza interpersonale che esso offre (Weiss, 1993; Semerari, 1999; Liotti, 2000) e quindi come momenti di crisi e allo stesso tempo di crescita di fondamentale importanza all’interno del percorso terapeutico.

Nella maggior parte dei casi i pazienti hanno interrotto il trattamento senza avvisare il terapeuta, evitando di dare spiegazioni riguardo alla loro decisione. Se ipotizzassimo che il drop-out sia interpretabile come un fallimento del progetto terapeutico e considerato quindi come un possibile indicatore delle “performances” di un servizio (Phillips, 1985) o di un singolo professionista, potremmo prendere in prestito la teoria di Safran e Muran (2000) per spiegare il tipo di “rottura” che si è verificata all’interno di ogni singola relazione terapeutica, mettendoci nella giusta prospettiva di riparare lo “strappo”. Essi distinguono tali rotture in due sottotipi: da ritiro (withdrawal) e da confronto (confrontation). Nelle rotture da ritiro, il paziente si ritira dalla relazione con il terapeuta anche in

modi molto sfumati, e allontana le proprie emozioni del dialogo terapeutico. Nelle fratture da confronto il paziente esprime più direttamente rabbia, risentimento o disaffezione nei confronti del terapeuta o di alcuni aspetti della terapia. I pazienti possono preferire l’una o l’altra modalità, ma naturalmente lo stesso soggetto può muoversi lungo il continuum che le unisce. La capacità della diade di gestire in maniera flessibile queste oscillazioni potrebbe quindi rappresentare un effettivo obiettivo terapeutico (Safran & Muran, 2000).

Tuttavia, stando alle interpretazioni dei terapeuti del nostro campione, in gran parte dei casi i pazienti hanno mostrato un miglioramento sintomatologico o il raggiungimento di una maggiore consapevolezza del proprio problema psicologico: questa conclusione sembra invece andare nella direzione di alcune ricerche che hanno messo in discussione l’equivalenza tra drop-out e fallimento terapeutico, mostrando che almeno una parte dei drop-out ha risultati paragonabili a quelli di coloro che portano a termine il trattamento con successo (Pekarik, 1992a, 1992b; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Tuttavia, anche in questo caso rimarrebbe da chiarire se gli eventuali progressi terapeutici

ottenuti si accompagnino comunque ad una insoddisfazione verso il trattamento o se siano valutati positivamente dal paziente come condizione sufficiente per terminare il percorso terapeutico.

Ci sono state narrazioni comuni nel campione dei terapeuti per quanto riguarda l'identificazione delle cause principali del drop-out: nella maggior parte dei casi i terapeuti attribuiscono a "caratteristiche del paziente" l'interruzione della terapia, in misura minore a propri errori commessi o a ostacoli esterni al trattamento (problemi familiari, economici, ecc). Questo non appare in linea con quella vasta parte della letteratura che concepisce il fenomeno del drop-out più globalmente come funzione di più variabili: del paziente, di circostanze ambientali, del modello di trattamento, delle caratteristiche del terapeuta e dell'interazione paziente e terapeuta (Fava & Masserini, 2002). Questa riflessione dovrebbe stimolare i terapeuti a considerare uno spettro più ampio di fattori interagenti all'interno della terapia e discussi in letteratura, in parte attribuibili al paziente, come la motivazione iniziale al trattamento (Auerbach & Luborsky, 1966; 1979; 1980) o la sua vulnerabilità sul piano dei rapporti interpersonali e in parte relativi al terapeuta, come l'interesse iniziale verso quel paziente e il livello di positività della prognosi (Baekeland e Lundwall, 1975), non potendo infine trascurare la complessità di variabili insita nella diade terapeuta-paziente, con particolare attenzione ad alcune capacità del clinico quali la disponibilità ad accettare i sistemi di scopi e di credenze del paziente e la capacità di aiutarlo a superare il suo disagio affrontando positivamente i vari test a cui viene sottoposto (Weiss & Sampson, 1986).

Anche sull'identificazione delle caratteristiche dei pazienti che possono aver contribuito alla chiusura della terapia si è rilevata una certa concordanza di pareri, in particolare nel ritenere che sia stata la gravità del quadro clinico (o comunque le sue caratteristiche) ad essere determinante nel verificarsi del

drop-out (*"il suo narcisismo"*, *"la sua necessità di ridurre la differenza di ruolo"*, *"il suo atteggiamento paranoico"*, ecc).

Lontani dal voler attribuire la responsabilità del drop-out interamente al terapeuta, pensiamo comunque che larga parte del lavoro del clinico sia quella di interrogarsi su eventuali errori commessi, evitando di essere mossi "dalla scarsa consapevolezza dei propri vissuti e dalla focalizzazione su di sé e sulle proprie difficoltà", ma anzi tentando di "aiutare il paziente a riconoscere e verbalizzare le proprie emozioni ed i propri pensieri" (Lorenzini & Scarinci, 2010, p.103), impresa più ardua, ma non impossibile, con pazienti caratterizzati da un quadro clinico più grave.

La ricostruzione dei terapeuti di come sia andata la terapia non è quasi per nulla cambiata nel corso del tempo, sebbene in molti casi i terapeuti abbiano affermato che, potendo tornare indietro, farebbero qualcosa di diverso con quel paziente e che attualmente continuano a porsi domande sul caso (*"Come sarebbe andata se...?"*). Non solo, i terapeuti sanno dare indicazioni su cosa farebbero di diverso con quel paziente e, nella maggior parte dei casi, la loro attenzione sarebbe rivolta alla tempistica

dell'intervento (“*Aspettare e valutare bene prima di effettuare qualche manovra terapeutica*”, “*Rimanere più a lungo sul sintomo del paziente*”, “*Rassicurare prima di intervenire in maniera hard*”, ecc); in alcuni casi si dedicherebbe più tempo alla relazione terapeutica, o al contratto con quel paziente. Rimane comunque chi non ha idea su cosa farebbe di diverso con “quel” paziente.

Reazioni dei terapeuti

“Un errore, considerato omissione o commissione, può generare stati d'animo disfunzionali. Questa situazione problematica può essere fronteggiata e portata a soluzione con l'intento di eliminare gli errori dai piani d'azione. Qualora l'obiettivo non sia raggiunto, del tutto o in parte, è possibile sperimentare un senso di fallimento con ripercussioni negative sull'autovalutazione e sull'autostima” (Lorenzini & Scarinci, 2010, p.59).

Muovendo da questo presupposto e nell'intento di trovare spunti utili e costruttivi per la successiva crescita professionale del clinico che si trova di fronte ad un'interruzione non concordata di terapia, la nostra curiosità è stata quella di indagare i vissuti dei terapeuti relativamente al drop-out dei loro pazienti. Gli intervistati hanno descritto una varietà di reazioni emotive: la più rappresentativa è la tristezza per la “perdita” del paziente, mista al dispiacere per il paziente stesso che non ha potuto risolvere completamente il suo problema. Sono state citate anche altre emozioni: la rabbia, la colpa, il sollievo e altre emozioni non negative. Il fatto che quelle “non negative” rappresentino l'altra fetta importante di emozioni descritte dai terapeuti di questo studio, ci porta a fare delle riflessioni su quelli che in letteratura vengono descritti come potenziali fattori di rischio attribuiti alla nostra professione (la sindrome del *burn-out* è uno degli esiti più frequenti), ovvero la stanchezza e la frustrazione del

terapeuta nel lavoro con i pazienti (Fleischer & Wissler, 1985) che può portare anche a tirare un sospiro di sollievo nel momento in cui il paziente lascia la terapia.

Di qui l'indicazione per il terapeuta di imparare a riconoscere ed essere consapevole di tali stati interni per giudicare quanto la propria “stanchezza” con uno o più pazienti possa compromettere il lavoro con essi (Miller, 1998). Non solo, anche altri vissuti da parte del terapeuta possono influenzare negativamente il trattamento: in un interessante studio Frayn (1992) affronta il problema del tipo di sentimento che insorge nel terapeuta lavorando con il paziente utilizzando un questionario compilato dai terapeuti al termine dell'assessment; dall'indagine emerge una correlazione altamente significativa tra il drop-out ed atteggiamenti impauriti, negativi e preoccupati del terapeuta. Altri ricercatori hanno indagato questo problema dal punto di vista dei pazienti. Per Mohl et al. (1991) i pazienti che interrompono il trattamento percepiscono il terapeuta come meno capace di aiuto, di comprensione, meno rispettoso e più passivo, che piace poco e a cui si piace poco e che in generale non dà una terapia efficace. Tuttavia, sulla base di alcune risposte alle domande dell'intervista, possiamo ipotizzare che le

emozioni “non negative” riferite dai terapeuti siano da attribuire, in qualche caso, alla serena accettazione di quanto avvenuto; infatti, nelle risposte alla domanda “*Che cosa consiglierebbe ad un terapeuta inesperto nel lavoro con quel paziente?*” si ritrovano alcune affermazioni che indicano al collega “immaginato” una direzione di questo tipo: “*Gli direi di accettare che a volte i pazienti scelgono di non rimanere in terapia con noi... Capita!*”. E’ immaginabile che l’accettazione e la comprensione dell’errore come processo di cambiamento che incrementa i livelli di conoscenza del sistema cognitivo possa produrre un’attivazione emotiva meno intensa e più neutra se non finanche positiva, ipotesi che ha avuto una prima verifica empirica grazie ad un esperimento su due gruppi di soggetti condotto dal gruppo di Scarinci, Lorenzini, La Rovere e Mercuri (Lorenzini & Scarinci, p.59-68), e quindi che la facilitazione di tale processo sia compito di ogni terapeuta a cui capita di sbagliare e che voglia utilizzare positivamente l’errore quando immancabilmente si verifica.

Nella maggior parte dei casi e in linea con quanto appena detto, i terapeuti hanno segnalato uno scarso impatto negativo dell’interruzione di trattamento sul proprio senso di competenza professionale, mentre per coloro che hanno percepito tale influenza i bilanci appaiono tutto sommato positivi: questi ultimi, infatti, affermano di aver tratto preziosi insegnamenti dagli “errori” compiuti con quei pazienti e di aver ampliato la propria esperienza professionale, mentre qualcuno afferma di essersi sentito meno capace di prima. Come affermano Lorenzini e Scarinci (2010), “gli intoppi nella relazione col paziente generalmente non sono graditi ma rappresentano spesso i momenti cruciali della terapia, le boe che indicano che la direzione presa non è quella ideale” (p.116). Ogni fallimento segnala un errore ed è quindi un’opportunità di apprendimento, sempre che venga prontamente letto come un segno che qualche cosa nella teoria o nella pratica non è coerente con lo scopo di stabilire un’interazione tra due persone finalizzata alla cura del disagio di una di esse (Bara, 1996). Nel presente studio, l’emergere di

vissuti non particolarmente negativi associati ad una scarsa auto-attribuzione di errori nella terapia da parte degli intervistati, ha posto delle domande sul ‘perché’ di tali valutazioni e reazioni emotive e una possibile spiegazione è che, come ipotizzato da alcuni autori, nei terapeuti meno esperti le aspettative di errore siano più legate a credenze irrealistiche di non dover sbagliare mai, e a temi di perfezionismo e catastrofizzazione (Kelly, 1995; Lorenzini & Sassaroli, 1995; Sassaroli & Ruggiero, 2002); essendo il nostro campione costituito da terapeuti con un certo grado di esperienza professionale, si presuppone che i temi di perfezionismo e di catastrofizzazione siano stati meno interferenti sia nel vissuto emotivo sia nel successivo processo di valutazione e di riflessione sul “caso”. Facendo spazio ad una ipotesi alternativa a questa, rimane da chiarire se quanto emerso dall’indagine rappresenti invece uno stile problematico di protezione dall’errore da parte del terapeuta che, al contrario, può esserne spaventato.

Nella quasi totalità dei casi, infine, i terapeuti affermano di non essere stati successivamente influenzati in modo negativo nel lavoro con altri pazienti, ma di aver imparato a gestire meglio alcune problematiche specifiche; tuttavia, in qualche racconto, si riporta una difficoltà maggiore nel lavoro

con altri pazienti (come l'aver assunto un'eccessiva distanza emotiva dal problema del paziente). Le reazioni dei terapeuti, non solo dopo il drop-out ma anche durante il trattamento, sono in grado di offrire preziose informazioni da non sottovalutare nell'interazione con il paziente e, come affermano Lorenzini e Scarinci (2010), "al terapeuta viene richiesto di sviluppare al massimo la conoscenza di sé per poter costruire una relazione finalizzata al cambiamento" (p.107). In questa prospettiva l'errore deriva dalla mancata consapevolezza delle opportunità e dei limiti della propria organizzazione del significato personale: così uno psicoterapeuta fobico può anticipare la chiusura della terapia per evitare di "essere abbandonato" dal paziente, o quello ossessivo può diventare invadente o indicare la strada "oggettivamente" giusta (Bara, 2007).

Limiti dello studio e prospettive future

I risultati ottenuti si applicano al piccolo campione di terapeuti che hanno partecipato allo studio e possono non essere rilevanti per popolazioni più ampie o diverse di terapeuti. Inoltre il campione è composto da terapeuti che lavorano in una struttura privata e quindi non si può parlare di problemi comuni ad altri trattamenti che potrebbero aver aumentato il rischio di interruzione di trattamento (es: problemi socio-economici presenti in alcune popolazioni cliniche). Inoltre ci sono differenze all'interno del campione degli intervistati, come il genere (due donne e due uomini) e gli anni di esperienza professionale, anche se nessuno di loro era un professionista alle prime armi.

Nel valutare il valore dei risultati, inoltre, è importante considerare che l'impianto metodologico della ricerca qualitativa si caratterizza per grado di esattezza nel riuscire a rappresentare accuratamente e coerentemente il campione dei partecipanti e per applicabilità pratica (Hill, Thompson & Williams, 1997; Piselli, 2010).

In secondo luogo i risultati dello studio sono stati elaborati dai terapeuti partecipanti e possono essere considerati affidabili solo nella misura in cui i ricordi dei partecipanti stessi siano precisi e onesti.

In terzo luogo gli esiti dello studio sono colorati dalle aspettative e dalle inclinazioni del ricercatore, anche se si è cercato di costruire dei significati utilizzando un processo induttivo rispetto alle informazioni raccolte, piuttosto che far rientrare i risultati all'interno di categorie concettuali prestabilite. Altro limite di questo studio può essere individuato nell'aver distinto quali pazienti fossero contemporaneamente in trattamento psicofarmacologico, potendo questo, attraverso l'attenuazione di sintomi e segni affievolire la motivazione del paziente al trattamento psicoterapico. Come è comune a molti tentativi in ambito di ricerca qualitativa, lo studio offre poche risposte ma fornisce delle domande per la ricerca futura. Considerando anche che "la psicoterapia è caratterizzata da limiti che sono propri di un'attività che fa della soggettività l'oggetto del proprio studio" (Lorenzini & Scarinci, p.XVII), un modo efficace per spiegare ed approfondire il fenomeno del drop-out potrebbe consistere nell'adozione di una prospettiva metodologica che preveda anche l'acquisizione di

informazioni di soggetti che interrompono il contatto con il terapeuta e/o con la struttura. A causa della perdita di contatto, non è facile poter ricostruire i motivi dell'interruzione e valutare gli effetti dell'interruzione stessa sulla evoluzione clinica del paziente. (Fava & Masserini, 2002). Inoltre gli attuali studi di esito non considerano le condizioni post trattamento dei drop-out, che vengono così escluse dalle analisi (Garfield, 1994). Le spiegazioni del drop-out che si concentrano solo sul paziente o solo sul terapeuta non riescono a rendere conto dei fattori relazionali; così come nelle indagini sui fattori aspecifici e specifici comuni nelle psicoterapie (Gallo et al., 2005), sarebbe interessante poter incrociare le informazioni (di terapeuta e paziente) raccolte con un apposito questionario per valutare più accuratamente quali aspetti della relazione diadica siano rilevanti nel fenomeno del *drop-out*. Tale questionario dovrebbe indagare gli stati emotivi all'interno della relazione, la condivisione degli obiettivi del trattamento e delle strategie per perseguirli; le informazioni raccolte potrebbero chiarire con maggiore precisione quanto paziente e terapeuta abbiano saputo trasmettersi aspettative reciproche e quanto tutto ciò abbia influito sull'andamento della terapia.

Un ulteriore dato da analizzare, su un campione più esteso, sarebbe poi quello relativo al momento dell'interruzione della terapia ovvero se prima o dopo un limite di sedute (in questa piccola ricerca, ad esempio, 9 drop-out sono avvenuti prima di 10 sedute e 8 oltre 10 sedute) in relazione ai progressi sin lì eventualmente ottenuti (misurati per esempio attraverso la Global Assessment Functioning e la Clinical Global Inventory); in altri termini, la domanda sarebbe come i risultati più o meno conseguiti influenzino il rischio di drop-out. Infine, un campione più esteso di terapeuti intervistati potrebbe fornire informazioni circa eventuali differenti tendenze fra giovani professionisti e senior nell'attribuzione di causalità all'interruzione del trattamento.

Appendice

Intervista Semi-Strutturata

In questa intervista le chiedo di discutere la sua esperienza con un/una ex paziente che ha lasciato prematuramente il trattamento. Le chiedo di riflettere su questo caso, e di descrivere i suoi pensieri e i suoi comportamenti, sia prima che adesso. Sono interessata alle riflessioni sul suo comportamento e sul suo dialogo interno piuttosto che alla psicopatologia del cliente. Le sue risposte alle seguenti domande sono riservate e facoltative e, se lo ritiene necessario, può saltare qualsiasi domanda. La prego di richiamare alla memoria un/una paziente che, dopo aver effettuato almeno quattro sedute, ha lasciato la terapia prima che lei ritenesse che il trattamento fosse completo. Discuteremo il caso di un/una paziente la cui interruzione della terapia non è stata causata da uno spostamento geografico o da una difficoltà di pagamento delle sedute. Non le chiederò di fornire informazioni che possano identificare questo/a paziente.

- 1) Perché questo/a paziente ha chiesto inizialmente aiuto?
- 2) Per quanto tempo ha seguito questo/a paziente in terapia?
- 3) Quali progressi, se ci sono stati, il/la paziente ha fatto in terapia?
- 4) Quali segnali hai notato che avrebbero potuto far pensare ad un'interruzione precoce della terapia da parte del/la paziente?
- 5) Che cosa ha fatto per evitare l'interruzione prematura del trattamento?
- 6) Come ha reagito il paziente ai suoi tentativi?
- 7) In che modo il paziente ha concluso il trattamento?
- 8) Quali sono state le sue considerazioni, al momento, del perché il paziente abbia interrotto prematuramente la terapia?
- 9) Come si è sentito/a (oppure: cosa ha provato) quando questo/a paziente ha lasciato la terapia?

10) Come ha influenzato il suo senso di competenza come terapeuta l'interruzione anticipata della terapia?

11) Quali caratteristiche di questo paziente hanno contribuito alla chiusura anticipata del trattamento?

12) Quali passi falsi, se ce ne sono stati, sente di aver fatto nel suo lavoro con questo paziente?

13) In che modo il suo comportamento potrebbe aver contribuito all'interruzione anticipata della terapia da parte del paziente?

14) Dal momento della fine della terapia ad oggi, com'è cambiato il suo pensiero sull'interruzione?

15) Quali domande continua a porsi su questo caso?

16) Come ha influenzato il suo lavoro con i successivi pazienti l'esperienza con questo paziente?

17) Col senno di poi, che cosa farebbe di diverso se si trovasse nuovamente questo/a paziente in trattamento?

18) Data la sua esperienza con questo paziente, quali accorgimenti darebbe ad un terapeuta principiante che si trova di fronte un paziente che potrebbe lasciare precocemente la terapia?

BIBLIOGRAFIA

- Arnow, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N., et al. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*.
- Auerbach, A. H. & Luborsky, L. (c 1966; 1979; 1980). *A prognostic index for psychotherapy*.
- Bara, B. G., Colle, L. & Bosco, F. M. (1996). Il trapeuta cognitivo, in B. G. Bara. *Nuovo Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Boringhieri (2005).
- Bara, B. G. (2007). *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Beakeland, F. & Lundwall, L. (1975). *Dropping out of treatment: A critical review*, "Psychological Bulletin", 82, 738-783.
- Bergin & Garfield. (1994). *Manuale di Psicoterapia e modifica del comportamento*. la 4 ° Edizione. New York: Wiley. AE e SL eds.
- Bordin E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*.
- Carpenter, P. J., et al. (1979). Dropouts and terminators from a community mental health center: their use of other psychiatric services, *Psychiatric Quarterly*.
- Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2004). *The influence of client variables on psychotherapy*. In Lambert M.J. (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley & Sons.
- Connell, J., Grant, S., & Mullin, T. (2006). *Client initiated termination of therapy at NHS primary care counselling services*. Counselling & Psychotherapy Research.
- Corning , A. F., & Malofeeva, E. V. (2004). The application of survival analysis to the study of psychotherapy termination. *Journal of Counseling Psychology*.
- Derisley, J., & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*.
- De Silvestri, C. (1999). *Il mestiere di psicoterapeuta*. Roma: Astrolabio.
- Dugas, M.J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1997), Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*.

- Fava, E. & Masserini, C. (2002). *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Milano, Franco Angeli
- Fleischer J.A. & Wissler A. (1985). The therapist as patient: special problems and considerations. *Psychotherapy*.
- Frayn, D. H. (1992). Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *American Journal of Psychotherapy*. New York.
- Frayn, D. H. (2008). *Premature Termination Issues Involving Psychoanalytic Therapy*. In W. T. O'Donohue & M. A. Cucciare (Eds.), *Terminating Psychotherapy: A Clinician's Guide*. New York, NY, US. Taylor & Francis Group.
- Gallo, E., Berti Ceroni, G., Neri, C., & Scardovi, A. (2005). I fattori terapeutici specifici comuni nelle psicoterapie e negli altri trattamenti. *Rivista di psichiatria* 40, 63-81.
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley.
- Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research: An Update. *Journal of Counseling Psychology*.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*.
- Kelly, G. A. (1995). *La psicologia dei costrutti personali*. Milano: R. Cortina (2004).
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley. M. J. Lambert (Ed.).
- Liotti, G. (2001) *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: R. Cortina.
- Lingiardi V., Lonati C., Delucchi F., Fossati A., Vanzulli L. & Maffei C. (1999). Defense Mechanisms and Personality Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Lorenzini, R. & Sassaroli (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: r. cortina
- Lorenzini R. & Scarinci A. (2010), *Errare human est*. Roma, Alpes.

- Luborsky L. (1996), *Therapeutic Alliances as Predictors of Psychotherapy Outcomes: Factors Explaining the Predictive Process*. A.O. Horvath, L.S. Greenberg (Eds.).
- Mazzotti, E., Pasquini, P. & Barbato, M. (2001) Il drop-out nei servizi psichiatrici ambulatoriali. Entità del fenomeno e fattori associati. *Rivista di psichiatria*. Volume 36 Numero 1 gennaio-febbraio 2001.
- Miller, L. (1998). Our own medicine: Traumatized psychotherapists and the stresses of doing therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*.
- Mohl P.C., Martinez D., Ticknor Ch., Huang M., & Cordell L. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Morrow, G. R., et al. (1977). The dropout and the terminator: a methodological note on definitions, *Journal Clinical Psychology*,
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2005). *The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role might the therapist play?* Comprehensive Psychiatry.
- Pekarik, G. (1985). *Coping with dropouts*. Professional Psychology: Research and Practice. New York.
- Pekarik G. (1992a) *Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction*. Journal of Clinical Psychology. New York.
- Pekarik G. (1992b), *Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment*. Journal of Clinical Psychology. New York.
- Phillips, E. (1985) *Psychotherapy revised: new frontiers in research and practice*. New Jersey. Eribaum, Hillsdale.
- Piselli A. T. (2010) *What went wrong? Therapist's reflection on their role in premature termination*. University of Massachussets.
- Reis B & Brown L (1999). *Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in psychotherapy dyad*. Psychotherapy. UK.
- Rocca P., De Leo C., Giugiaro M., Marino F., Mingrone C. et al. (2007) *Predittori di interruzione del trattamento in un servizio ambulatoriale di psichiatria*. Giorn. Ital. Psicopat.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). *The resolution of ruptures in the therapeutic alliance*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. New York.

- Safran, J.D. & Muran J.C. (1998). *L'alleanza in psicoterapia a breve termine*. Tr.it. ASPIC. Edizioni Scientifiche, Roma, 2001.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J.D., & Muran, J.C., (2006). *Has the concept of therapeutic alliance outlived its usefulness?. Psychotherapy: theory, research, practice, training*. New York.
- Safran, J. D. (1998) Widening the scope of cognitive therapy. Aronson, Northvale, New York.
- Safran, J.D, Muran, J.C., Samstag L.S. & Stevens, C. (2002). *Repairing Alliance Ruptures*. In Norcross, J.C. (Ed), *Psychotherapy relations that work*. New York: Oxford University Press.
- Safran, J.D., & Segal, L.S. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Sassaroli, S. & Ruggiero, G. M. (2002). I costrutti dell'ansia: obbligo di controllo, perfezionismo patologico, pensiero catastrofico, autovalutazione negativa e intolleranza dell'incertezza. *Psicoterapia Cognitiva e Compartmentale*, 8, 45-60.
- Semerari, A. (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: R. Cortina.
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L., & Surko M. (1998). *Responsiveness in psychotherapy*. Clinical psychology: Science and Practice.
- Vetrone G., Fusco E., Lombardo C. & De Coro A. 2007. Client variables as predictors of premature termination of psychotherapy in an Italian community mental health Centre. *Rivista di Psicologia Clinica (English Version)*, 1.
- Weiss, J. (1993). *Come funziona la psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri (1999).
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). *A meta-analysis of psychotherapy dropout*. Professional Psychology: Research and Practice. Oxford.