

Davanti una sedia vuota: “I diversi volti del drop-out”

Chiara Albani¹

¹Studio Medico via Chieti - Pescara

Riassunto

Il presente lavoro ha l'obiettivo di analizzare il drop-out in psicoterapia, partendo dalla sua definizione fino ad arrivare ai fattori che maggiormente lo influenzano. Non è presente a oggi in letteratura una definizione univoca di drop-out. Rispetto ai fattori che possono risultare predittivi di un potenziale abbandono troviamo; un livello di istruzione inferiore, un livello di gravità maggiore della psicopatologia e una scarsa alleanza terapeutica. Quest'ultimo risulta uno dei fattori maggiormente studiato. Una scarsa alleanza terapeutica può aumentare il rischio di abbandono prematuro (Kullgard, N. et al 2021).

Parole chiave: drop-out, alleanza terapeutica, abbandono terapia

In front of an empty chair: “The different faces of drop-out”

Summary

The aim of this paper is to analyse drop-out in psychotherapy, starting from its definition to the factors that most influence it. There is no univocal definition of drop-out in the literature to date. With respect to the factors that may be predictive of a potential drop-out we find; a lower level of education, a higher level of severity of psychopathology and a poor therapeutic alliance. The latter is one of the most studied factors. A poor therapeutic alliance may increase the risk of premature abandonment (Kullgard, N. et al 2021).

Key-words: drop-out, therapeutic alliance, premature discontinuation of therapy.

Chiara Albani, *Davanti una sedia vuota: “I diversi volti del drop-out”*, N. 31, 2023, pp. 3-17.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Introduzione

Questo lavoro nasce dall'interesse personale sviluppato in questi primi anni di attività clinica. Da specializzanda ho iniziato a conoscere questo fenomeno nel mio studio, prima che sugli articoli o sui libri. Per un terapeuta, soprattutto se all'inizio della sua carriera, il fenomeno del *drop-out* e la sua interpretazione possono influenzare il successivo lavoro terapeutico. Secondo i dati di una metanalisi del 2012 (Swift, J. K., & Greenberg, R. P.), un paziente su cinque interrompe la terapia prematuramente. Questo può avvenire per diversi fattori che proveremo a esplorare, basandoci su ciò che emerge nella letteratura. Nella maggior parte dei casi, il *drop-out* non è frutto di un solo elemento. Questa revisione ha lo scopo di esplorare le possibili cause, provando ad aiutandoci a limitarne le conseguenze. Abbandonare un percorso terapeutico non è, infatti, una decisione priva di conseguenze. Queste dipendono anche dalle ragioni che hanno condotto il paziente al *drop-out*. Quando le motivazioni sono legate al paziente come, per esempio, alla sua psicopatologia, o anche motivazioni esterne al processo terapeutico, il paziente si ritrova ad avere lo stesso problema con il quale era giunto in terapia. Il paziente, infatti, se considera quella terapia come fallimentare per sé stesso potrebbe anche essere portato a generalizzare il fenomeno e non chiedere aiuto successivamente, qualora dovesse averne di nuovo bisogno. Inoltre, un'esperienza di percorsi terapeutici fallimentari può inoltre essere correlata ad abbandoni futuri, poiché l'insoddisfazione porta con sé un bagaglio di emozioni negative e di scetticismo nei confronti del nuovo terapeuta (Paradisi et al. 2015). Il *drop-out* può anche condurre il paziente ad un senso di fallimento, di insoddisfazione e di sfiducia nei confronti del trattamento psicologico. Qualora invece l'abbandono della terapia sia dovuto all'idea di aver raggiunto i propri obiettivi terapeutici e di aver risolto il proprio problema, questo potrebbe nel migliore dei casi portare comunque ad una soddisfazione e ad un benessere. In questo ultimo caso, però, il rischio potrebbe essere quello di non aver lavorato sulla prevenzione di una ricaduta, con l'effetto che il percorso potrebbe risultare positivo nel breve termine, ma un problema sul lungo termine. Sarebbe importante, come professionisti, formarci ed essere attenti nel riconoscere i segnali di possibili difficoltà terapeutiche che preludono poi a

un eventuale rottura e drop-out. Quando ci interroghiamo su un drop-out non è semplice provare a ricostruire quanto accaduto, soprattutto se il paziente sparisce senza spiegazioni. Nonostante questo, possiamo però intavolare delle ipotesi basandoci anche su quanto emerge nella letteratura.

Drop out in psicoterapia. Definizione e tassi.

Le motivazioni per cui i pazienti interrompono le terapie è stato oggetto continuo di attenzione poiché si tratta di un problema che riguarda non solo i professionisti che lavorano nel privato, ma anche molti servizi sanitari. Per i terapeuti e per chi lavora a stretto contatto con i pazienti l'abbandono può influire sul morale e aumentare anche le possibilità di burnout (Barrett et al. 2008). Dopo un abbandono prematuro molti terapeuti tendono ad avere dubbi sul proprio lavoro e a provare sensazioni di impotenza (Kullgard, N., et al., 2021)

Prima di occuparci delle possibili cause dell'abbandono terapeutico, è importante fare luce sul fatto che spesso non si trova accordo negli studi sulla definizione di drop-out e questo è uno dei motivi che ostacolano la ricerca e rendono difficoltoso il confronto tra i vari studi. Per comprendere e studiare il fenomeno dobbiamo renderci conto della difficoltà, oltre che della definizione, anche delle diverse metodologie utilizzate nelle ricerche. Creare campioni omogenei risulta particolarmente difficile. Inoltre, spesso la difficoltà che si riscontra è nel fatto che basiamo le possibili cause su ciò che emerge dal confronto con i terapeuti, e non dalla diretta richiesta al paziente stesso.

In uno studio di metanalisi di Wierzbicki e Pekarik (1993) è emerso che vi sono almeno tre differenti modalità di definire il drop-out e che questo influenza, dunque, anche i dati che si rilevano nei diversi studi. Il drop out può essere definito come il terminare la terapia prima di aver frequentato tutte le sedute previste. Oppure, il drop-out può essere considerato in relazione al giudizio del terapeuta, ovvero quando un terapeuta sente che il paziente ha voluto interrompere prematuramente il percorso. Infine, individua una definizione che fa riferimento alla chiusura di un percorso prima di un certo numero di sedute. Ad esempio, Brogan e Prochaska (1999) fanno riferimento ad un numero di dieci sedute. La letteratura è discorde, dunque, sulla definizione e sul limite di sedute. C'è chi sostiene che basta una singola seduta per

poter parlare di abbandono e chi invece ritiene che ci sia un numero limite per poter parlare di drop-out. Ogni definizione porta con sé pro e contro. Valutare ad esempio il numero di sedute saltate rispetto ad un protocollo è relativamente facile da valutare, ma di fatto non dice nulla sull'effettivo cambiamento o miglioramento del paziente. Rispetto al considerare il drop-out in base al giudizio del terapeuta, c'è un rischio considerevole che il giudizio sia in parte compromesso da scopi e credenze del terapeuta stesso. Inoltre, va considerato che è possibile abbandonare una terapia pur raggiungendo gli obiettivi iniziali del trattamento. Una definizione importante è quella che alcuni autori definiscono *l'early drop-out*. Anche su questo però non c'è un accordo che stabilisca quante sedute devono essere passate: c'è chi lo individua prima delle 4 sedute, chi prima dell'ottava, chi invece entro la quattordicesima. Ciò che risulta evidente è che l'abbandono può avvenire anche in una fase tardiva della terapia, e questo per ragioni che affronteremo successivamente. Un'ultima definizione interessante è quella di Holmes (1983) che parla di "*negotiated drop-out*" e di "*unnegotiated drop-out*". Questo ci ricorda che alcuni pazienti segnalano al terapeuta di voler interrompere la terapia, mentre altri semplicemente lo mettono in atto sparando. Le ricerche suggeriscono che circa il 20% dei clienti interrompe il trattamento dopo la prima seduta (Hamilton et al., 2011). In una metanalisi di Swift & Greenberg (2014) viene stimato un tasso di abbandono in psicoterapia pari o superiori al 20%. I risultati in letteratura sono però contrastanti. Wierzbicki e Pekarik (1993) hanno invece stimato un tasso di abbandono del 47% sulla base di 125 studi, mentre Swift e Greenberg (2012) riportano un tasso di abbandono del 19,17 % di uno studio che comprendeva 669 studi di ricerca. Queste discrepanze dipendono proprio da quanto detto prima nella definizione, poiché non vi è accordo univoco sulla definizione. Per questa ragione, i tassi di abbandono variano tra i vari studi. Bisogna dunque interpretare i dati con cautela a seconda dei criteri utilizzati nella definizione.

Fattori che influenzano il *drop-out*

Esistono in letteratura dei fattori di rischio associati al *drop-out*. Uno dei fattori che può influenzare l'esito della terapia è l'insoddisfazione del paziente che può essere dovuto a diversi fattori. Uno dei fattori più studiati e che riprenderemo in seguito è l'alleanza terapeutica. La

letteratura suggerisce, infatti, che una scarsa alleanza terapeutica possa aumentare il rischio di abbandono prematuro (Kullgard, N. et al 2021). Un altro fattore può essere la difficoltà a stabilire degli obiettivi terapeutici ben definiti e condivisi dal paziente. Il paziente, infatti, potrebbe abbandonare la terapia perché non ha ben chiara la meta da raggiungere. Bisogna, infatti, prestare attenzione al fatto che il terapeuta e il paziente condividano lo stesso obiettivo. Oltre all'insoddisfazione del paziente, i motivi per un *drop-out* possono essere rintracciati anche da fallimenti terapeutici precedenti; è possibile che, pazienti con un fallimento terapeutico, si avvicinano al nuovo percorso in maniera negativa. Esistono però anche fattori esterni al setting. Un esempio può essere un ambiente circostante altamente disfunzionale che non permette al paziente di raggiungere i propri obiettivi. In questo caso è opportuno che il terapeuta valuti attentamente oltre alle risorse del paziente, l'ambiente nel quale è inserito così da poter comprendere eventuali problematiche. Non possiamo, inoltre, dimenticare anche le caratteristiche del terapeuta. Lo psicoterapeuta può, infatti, incorrere in errori o essere esso stesso soggetto a interpretazioni erranee che si riversano poi nella terapia. Inoltre, un aspetto importante è rivestito anche dalla psicopatologia del paziente.

In letteratura sono ben documentati gli esiti deleteri associati al *drop-out*. Rispetto ai pazienti che hanno terminato una terapia, coloro che hanno interrotto prematuramente riportano una maggiore insoddisfazione e risultati terapeutici peggiori (Swift et al., 2014).

Rispetto alla definizione del *drop-out* alcuni studiosi hanno suggerito che la definizione dovrebbe essere lasciata alla discrezione del terapeuta (Garb, 2005; Grove et al., 2000), sottolineando, tuttavia, che ciò potrebbe inevitabilmente introdurre un certo grado di parzialità, dato che si basa esclusivamente sul giudizio clinico (Gülüm, İ. V., Soygüt, G., & Safran, J. D. 2016). Un approccio ottimale a questa problematica potrebbe consistere nella verifica incrociata dei dati tra i giudizi clinici del terapeuta e i valutatori indipendenti, addestrati appositamente per la ricerca (Gülüm, İ. V., Soygüt, G., & Safran, J. D. 2016).

I risultati di studi meta-analitici rivelano una variazione nella prevalenza del *drop-out* tra gli studi. Ad esempio, Wierzbicki e Pekarik (1993) hanno calcolato un tasso medio di *drop-out* del 47% in 125 studi differenti, mentre Swift e Greenberg (2012), in una meta-analisi su 660

ricerche, hanno riportato un tasso ponderato del 20%. Nonostante alcune variazioni, il tasso medio di *drop-out* è stato riportato al 35% nell'ultima meta-analisi che ha incluso variabili legate al terapeuta e alla relazione (Roos & Werbart, 2013). In conclusione, il *drop-out* in terapia presenta un'ampia variabilità, con tassi che oscillano tra il 16% e il 77%. È evidente la mancanza di un consenso generale su queste cifre e mantiene in atto un dibattito continuo.

Swift e Greenberg nel 2012 hanno condotto delle analisi per verificare se vi erano tassi di abbandono differenti tra i vari orientamenti terapeutici. Tra questi, citati, c'erano le psicoterapie cognitivo comportamentali, le psicoterapie psicomodinamiche, la terapia centrata sulla soluzione, le psicoterapie di supporto umanistico/esistenziale e gli approcci integrativi. Ciò che emerge da questa metanalisi è che non sono state riscontrate differenze significative tra questi approcci. Una differenza significativa è stata riscontrata nel confronto tra vari disturbi. Il 16,1%-17,4 % dei clienti con disturbo psicotico ha interrotto prematuramente, il 23,9% dei pazienti con disturbo alimentare e il 25,6% dei pazienti con un disturbo della personalità. La diagnosi e l'età più giovane dei pazienti sono state le uniche variabili che sono risultate in grado di predire l'interruzione. Rispetto ai pazienti più anziani, i pazienti più giovani hanno mostrato un aumento del rischio di abbandono. Inoltre, anche un livello di istruzione inferiore è stato associato ad un maggiore *drop-out*. Mentre non è stata trovata nessuna associazione significativa per genere, razza, stato civile o stato lavorativo.

La revisione di Roos & Werbart (2013) si è occupata di indagare quali sono i fattori che influenzano l'abbandono in psicoterapia da parte di adulti. La revisione si è basata sugli articoli pubblicati tra gennaio 2000 e giugno 2011. Ciò che è emerso in diversi studi è che maggiore è l'esperienza del terapeuta, minore è l'abbandono. Nello studio viene citato il lavoro di Bados (2007) che a questo aggiungeva che, i pazienti che abbandonavano la terapia con i terapeuti più esperti attribuivano l'interruzione al sollievo dei sintomi, mostrando un miglioramento dei sintomi rispetto a chi abbandona la terapia con terapeuti meno esperti. Inoltre, un dato interessante riguarda la reazione dei terapeuti; dalla revisione di alcuni articoli sembrerebbe che i terapeuti più esperti, abbiano una diversa reazione davanti all'abbandono prematuro di un paziente, una reazione con minore livello di ansia e colpevolizzazione. Un fattore importante

che emerge in diversi articoli è che una bassa alleanza terapeutica iniziale influisce sull'interruzione prematura della terapia. Pongono inoltre l'accento sul considerare che in alcuni articoli emerge la differenza di obiettivi tra paziente e terapeuta, tanto che alcune interruzioni da parte dei pazienti possono essere legate al miglioramento dei sintomi. Inoltre, viene posto l'accento sul fatto che la relazione terapeutica è asimmetrica, la responsabilità della continuazione della terapia non può essere equamente condivisa tra paziente e terapeuta. In generale i risultati presentati tra i 44 studi inclusi variano per la diversità metodologica e rendono dunque impossibile una rigorosa procedura di metanalisi.

La metanalisi di Swift e Greenberg (2014) si è occupata di studiare i tassi di abbandono tra approcci terapeutici per 12 categorie di disturbi differenti. Non è stata trovata una differenza significativa. Alcuni studi hanno riportato un impatto delle diagnosi sull'abbandono. Sono state riscontrate differenze significative solo per la depressione, il disturbo da stress post traumatico e i disturbi alimentari. Per la depressione e il PTSD i trattamenti integrativi hanno avuto tassi medi di abbandono più bassi mentre la DBT ha avuto il tasso più basso per i disturbi alimentari. L'implicazione importante di questo studio è che, se anche un trattamento potrà risultare altamente efficace, risulterà comunque di scarsa utilità se il paziente non riesce a completarlo. Sembrerebbe che i pazienti con disturbi di personalità abbiano più possibilità di *drop-out* rispetto ad altri pazienti con diagnosi differenti.

Lo studio di Zimmermann del 2016 si è voluto occupare proprio di analizzare se e quali caratteristiche del paziente possono predire l'abbandono in psicoterapia. Le analisi di questo studio si basavano su un campione di 707 pazienti trattati presso una clinica ambulatoriale in Germania tra il 2007 e il 2014. Il numero di terapeuti coinvolti era di 66, con un numero medio di pazienti per terapeuta di 10,71. La durata media di trattamento era di circa 31 sessioni. In questo studio l'abbandono è stato osservato attraverso la valutazione del terapeuta alla fine di ogni trattamento e veniva considerato *drop-out* quando un paziente interrompeva il trattamento contro la raccomandazione. In alcuni casi il paziente non si presentava più senza fornire ulteriori spiegazioni, oppure, spiegava che non era più interessato a proseguire il percorso. Ai pazienti veniva somministrata la versione ridotta dell'SCL 90, il BSI per valutare i sintomi

iniziali dei soggetti coinvolti. È stato poi somministrato un test per valutare le difficoltà interpersonali. Inoltre, veniva chiesto ai pazienti “quanto sarà difficile per loro fare psicoterapia?” e “quanto sei sicuro che la psicoterapia ti aiuterà per i tuoi problemi?”. La prima domanda aveva una scala likert da 1 a 6, mentre la seconda aveva una scala likert da 1 a 4. Per la personalità è stato utilizzato il test PSSI-K, basato sulle descrizioni dei disturbi di personalità del DSM IV, utile a misurare la personalità in popolazioni generiche. I terapeuti sono stati supervisionati ogni quattro sedute da un terapeuta professionista senior. Le sessioni di trattamento erano tipicamente settimanali e avevano una durata di 50 minuti. I risultati di questo studio sono in parte contrastanti rispetto allo studio di Swift e Greenberg (2012), in quanto non sono stati trovati impatti significativi rispetto all’età.

Ciò che è emerso è che gli uomini hanno una maggiore probabilità di abbandono rispetto alle donne. Mentre, rispetto al livello socioeconomico, risulta coerente con le ricerche precedenti che associano un livello di istruzione inferiore ad un maggior tasso di abbandono. Rispetto alle caratteristiche del paziente, ciò che è estato rilevato, è che Pazienti con tratti di personalità ossessiva compulsiva erano associati ad un minor tasso di abbandono; questo veniva associato alla tendenza ad essere ordinati precisi e perfezionisti, caratteristiche che sembrano essere importanti per una continuità terapeutica. Mentre caratteristiche istrioniche venivano associate ad un maggior tasso di abbandono. Spiegando che le caratteristiche istrioniche associate a vivacità e impulsività possono effettivamente portare maggiormente le persone ad un’interruzione di terapia. Un’ulteriore risultato è che i pazienti con una maggiore sicurezza iniziale dell’effetto positivo della psicoterapia sui loro problemi, avevano una minore possibilità di abbandonare. Inoltre, in maniera controintuitiva, i pazienti che avevano maggiori difficoltà iniziali a partecipare alla terapia, avevano meno probabilità di *drop-out*. Questo viene spiegato nello studio con il costrutto di dissonanza cognitiva: le persone che decidono di investire nel trattamento quando hanno grosse difficoltà iniziali, hanno un investimento iniziale elevato. Interrompere prematuramente porterebbe dunque ad una dissonanza cognitiva.

Spesso nella ricerca della causa del *drop-out* ci si concentra su ragioni esterne e sulle problematiche del paziente piuttosto che su propri eventuali errori. Generalmente, l’abbandono,

influenza oltre che i pazienti anche i terapeuti. I terapeuti che attribuiscono la responsabilità del *drop-out* a un proprio errore esprimono vissuti di colpa o di rammarico, legati al sentire di non essere entrati in empatia con il paziente o di non aver colto dei segnali in tempo (Paradisi et al 2015). Questi vissuti emotivi possono portare i terapeuti a sentimenti di sfiducia nel proprio lavoro. Nel lungo termine questo si potrebbe tradurre in un minor investimento nella terapia con conseguenze sempre maggiori. Nello studio di Roos e Werbart (2013) è stato trovato che pochi studi hanno indagato la relazione tra i tassi di abbandono e le variabili del terapeuta. Sembrerebbe che risultati migliori e tassi di abbandono più bassi siano legati a una maggiore esperienza, flessibilità nella relazione, adattamento agli specifici problemi del paziente, alla capacità di fornire il supporto emotivo, alla formazione e alla psicoterapia personale (Roos, J., & Werbart, A. 2013).

Relazione tra *drop-out* e alleanza terapeutica

L'alleanza terapeutica emerge come uno dei concetti più ampiamente riconosciuti nel contesto psicologico, assumendo una centralità che si manifesta sin dai primi incontri con il paziente. L'attenzione dedicata a questo elemento critico è supportata da numerosi studi che ne sottolineano l'importanza come indicatore significativo per prevedere l'esito positivo della terapia. Risulta fondamentale, dunque, evidenziare la sua risonanza nella pratica clinica e la sua connessione con i risultati terapeutici.

Sebbene sia comunque utile conoscere le variabili socioeconomiche relative agli abbandoni, purtroppo non sono suscettibili all'intervento di un terapeuta, poiché, non è in nostro potere modificare dati come l'istruzione, l'età o la diagnosi del paziente. Gli psicoterapeuti non possono influenzare il livello di disagio che i pazienti portano in terapia, possono però lavorare per sviluppare un'alleanza solida, che a sua volta può favorire la continuità della terapia (Horvath et al.,2011). Nel libro di Johon C. Necross (2019) si riconosce l'alleanza terapeutica, ossia la qualità della relazione tra terapeuta e paziente, come un elemento cruciale nella psicoterapia, sia alla luce delle sue radici storiche, che degli sviluppi metodologici e concettuali più recenti. Il termine alleanza si riferisce agli aspetti collaborativi della relazione terapeuta cliente, tuttavia, ci sono differenze notevoli tra i diversi autori sul significato preciso del termine. Quando si fa

riferimento all'alleanza terapeutica spesso ci si riferisce alla definizione di Bordin che sottolineò i fattori che la costituiscono; questi sono: il legame interpersonale basato sul senso di comprensione e fiducia, l'accordo sugli obiettivi della terapia e sui rispettivi compiti; dunque, l'accordo su ciò che paziente e terapeuta devono mettere in atto per raggiungere gli obiettivi (Semerari A., 2022). Viene così descritta una relazione costituita da tre elementi fondamentali: la condivisione degli obiettivi da parte di pazienti e terapeuti, la definizione chiara dei compiti reciproci che ci si impegna a svolgere, e infine il tipo di rapporto che si crea tra il paziente e il terapeuta (Saladino & Auriemma, 2021). La relazione terapeutica svolge quindi un ruolo di esperienza correttiva all'interno di cicli interpersonali viziosi, attraverso l'esperienza di nuovi stili di relazione, che non confermano le sue aspettative negative; questa avrà anche un ruolo nel modificare gli schemi interpersonali disadattivi (Semerari 2000). Nella pratica clinica l'alleanza terapeutica è stata spesso associata a un miglior outcome in psicoterapia. Un'alleanza debole invece sembra essere correlata a un maggior rischio di *drop-out* (Gülüm, İ. V., Soygüt, G., & Safran, J. D. 2016). Oltre all'interesse verso l'alleanza terapeutica, si è iniziato a guardare anche alla comprensione dei momenti di rottura dell'alleanza, che non sempre portano poi ad un *drop-out*, ma che possono essere risolti all'interno del percorso terapeutico. Safran e Muran hanno definito i momenti di rottura come quelli in cui la relazione tra paziente e terapeuta diventa tesa (Gülüm, İ. V., Soygüt, G., & Safran, J. D. 2016). Hanno poi individuato diversi sottotipi di rotture dell'alleanza terapeutica ma sembra che i più importanti possano rientrare in due grandi categorie: ritiro e confronto. Il ritiro è un tipo di rottura in cui il paziente si ritira emotivamente dal processo terapeutico e si può vedere ad esempio nella mancanza di impegno o nella mancanza di comunicazione, oltre a una diminuzione della fiducia nel terapeuta. Il confronto si riferisce invece a quando il paziente manifesta apertamente la sua insoddisfazione e il suo disaccordo.

Nello studio di Gülüm, İ. V., Soygüt, G., & Safran (2016), si parte dal presupposto che la bassa qualità della relazione terapeutica diventa un fattore di rischio per un eventuale abbandono prematuro della terapia. Muovendosi dalle considerazioni di Piper et al (1999), che indicano che le sedute che precedono l'abbandono potrebbero presentare impasse relazionali, risulta per loro

importante indagare gli abbandoni all'interno di una cornice relazionale. L'obiettivo dello studio è infatti quello di analizzare il contenuto delle sessioni prima della rottura relazionale. Per lo studio sono stati analizzati 59 casi che hanno utilizzato approcci terapeutici differenti. Sono stati somministrati dei questionari, tra i quali il Working Alliance Inventory-Client Form (WAI-C), composto da 36 item in cui i punteggi più alti nella WAI-C, indicano un'alleanza percepita più forte. È stato poi utilizzato l'SCL 90-R, per individuare i sintomi dei pazienti. Da questo studio emergono 3 nuovi sottotipi di rottura, attribuzione di sviluppi positivi ad altre fonti, discorso indiretto e ostilità sarcastica. Nell'attribuzione di sviluppi positivi ad altre fonti ci si riferisce a quando il paziente attribuisce aspetti positivi della sua vita a fonti diverse dal processo terapeutico. Nel discorso indiretto, il paziente allude a pensieri negativi riguardo al processo terapeutico o al terapeuta e nel farlo non parla direttamente. L'ostilità sarcastica è un tipo di rottura che riguarda atteggiamenti sarcastici e ostili verso il terapeuta. Questo atteggiamento può includere un certo livello di rabbia. In questo studio si sono poi concentrati anche sull'atteggiamento del terapeuta prima e dopo la rottura. Sembrerebbe che nelle sessioni pre-abbandono le rotture di ritiro fossero più prevalenti rispetto a quelle di confronto. Questo risultato sembrerebbe coerente con le ricerche precedenti che spiegano come il non manifestare emozioni negative rispetto alla terapia possa portare poi a un abbandono. Inoltre, un altro risultato emerso è che i comportamenti positivi del terapeuta venivano osservati nelle sessioni di rottura temporanea mentre quasi mai nelle sessioni di pre-abbandono. Dunque, viene concluso che una delle cause di abbandono potrebbe essere il risultato di caratteristiche inefficaci da parte del terapeuta come comportamenti positivi (cordialità, approvazione). Uno dei limiti da tenere presente di questo studio è che non è stato utilizzato uno strumento diagnostico, i pazienti quindi non sono stati suddivisi in base alla diagnosi, inoltre i terapeuti avevano un orientamento non omogeneo. Nella metanalisi di Safran & Muran (2011) vengono esplicitati gli interventi positivi alla rottura dell'alleanza: ripetere il rationale terapeutico, modificare i compiti o gli obiettivi quando vi è un disaccordo su questo, chiarire i malintesi, esplorare i temi relazionali associati alla rottura, collegare la rottura dell'alleanza con i modelli comuni nella vita del paziente. Inoltre, sempre nella metanalisi di Safran & Muran (2011) vengono incluse una serie

di pratiche volte alla riparazione dell'alleanza terapeutica. La prima riguarda l'essere consapevoli che i pazienti possono sperimentare emozioni negative durante il percorso sia nei confronti del terapeuta che della terapia stessa. È importante dunque essere attenti a questi segnali sottili di rottura della relazione per esplorare cosa sta accadendo. Il secondo è che ci sia un atteggiamento aperto da parte del terapeuta davanti ad un eventuale manifestazione di un sentimento negativo da parte del paziente. La terza è che bisogna tener presente di validare il paziente qualora in seduta emergano argomenti potenzialmente divisivi. La quarta è tenere presente che in alcuni momenti può essere importante modificare i compiti e gli obiettivi del trattamento a seconda di quanto sta avvenendo in seduta. In ultimo nella metanalisi viene ricordato quanto sia importante in alcuni approcci che il terapeuta possa stabilire un legame tra l'evento di rottura e i modelli interpersonali caratteristici del paziente. Riguardo quest'ultimo punto viene però posto l'accento sul fatto che questo debba essere utilizzato con cautela da parte del terapeuta.

Per questa ragione lo **studio di Shayne (2018)** si muove nella direzione di analizzare il ruolo della relazione terapeutica nelle prime fasi di trattamento. L'alleanza terapeutica è stata misurata alla fine di ogni sessione attraverso la Session Rating Scale (Duncan et al., 2003). Facendo emergere che in una certa misura i terapeuti possono limitare gli effetti dell'abbandono monitorando l'alleanza durante le prime sessioni di terapia e migliorando la relazione con i pazienti con cui l'alleanza risulta minore. Considerando che l'alleanza che si forma nelle prime fasi di trattamento differisce da fasi più mature della terapia.

Shayne (2018), prende spunto da una metanalisi qualitativa di Lavik (2017) che ha individuato i processi importanti nella costruzione dell'alleanza terapeutica sia dal punto di vista del paziente che del terapeuta. Questa ricerca infatti suggerisce che la costruzione dell'alleanza terapeutica può essere promossa quando gli psicoterapeuti bilanciano la tecnica con il calore umano, quando dimostrano un genuino desiderio nel comprendere il proprio paziente, apportando modifiche nelle loro interpretazioni per promuovere la sicurezza, prestando attenzione al linguaggio del corpo del paziente, sostenendo l'agency del paziente e offrendo un'esperienza costruttiva già dalla prima sessione. Dal punto di vista del paziente le tematiche individuate sono: percepire il terapeuta come competente e caloroso, sentirsi sostenuti, sentirsi

profondamente compresi dal terapeuta, sperimentare speranza, affrontare le proprie paure o preconcetti riguardo la terapia. Dallo studio di Shayne emergeva inoltre che la qualità dell'alleanza terapeutica mediava sia sull'effetto del disagio del paziente, che sul *drop-out*. Tuttavia, per quanto rilevanti, i dati dello studio di Shayne poiché riguardanti le prime fasi della terapia, non possono essere generalizzati a fasi successive.

In conclusione, possiamo affermare che non vi è accordo in letteratura sulla definizione di *drop-out* e di conseguenza neanche sui tassi di abbandono. Sappiamo di certo che è un fenomeno di grande rilevanza e anche molto comune. In futuro sarebbe opportuno trovare un accordo comune sulla definizione in modo da poter aumentare le conoscenze relative al fenomeno. Rispetto ai fattori che predicono il potenziale abbandono, la letteratura concorda sui seguenti fattori: un livello di istruzione inferiore e un livello di gravità iniziale maggiore possono predire con maggior misura un eventuale abbandono. Inoltre, un'alleanza terapeutica debole sembra essere correlata a un maggior rischio di *drop-out*.

Errare umanum est

Durante il mio percorso di specializzazione, sin dall'inizio, mi sono trovata ad affrontare timori e paure nell'incorrere in errori che potessero compromettere la terapia con i pazienti e generalizzando, anche la mia carriera. Affrontare i primi fallimenti terapeutici mi ha messo davanti ad alcune sfide, in un primo momento ho visto gli errori e l'abbandono da parte di un paziente come qualcosa di irrimediabile e catastrofico. Successivamente ho esorcizzato questo timore cercando di studiare e di comprendere a fondo le cause. *“Il tentativo di sottrarsi alle critiche dei colleghi, forse, ha impedito ai più di occuparsi delle manovre sbagliate, delle relazioni mai costruite o mal costruite, dei pazienti che scompaiono dopo la prima seduta o poco dopo, delle violazioni dei setting, delle tecniche applicate in maniera inefficace, delle strategie che non permettono di raggiungere gli obiettivi, dei fallimenti terapeutici, dei limiti del terapeuta e della psicoterapia”* (Lorenzini et al., 2010). Durante il mio percorso però ho imparato a confrontarmi con gli errori, cercando di utilizzarli anche nel processo terapeutico. Nel libro “Errare “Umanum” Est”, viene citato Todisco (2003) che ha messo in luce quante poche pubblicazioni esistano sugli insuccessi terapeutici. Una distinzione importante che emerge da

questo libro è la differenza tra errore e insuccesso terapeutico. L'insuccesso, infatti, viene visto come un fallimento rispetto a degli obiettivi della terapia, mentre un errore è un processo che non determina necessariamente una rottura, ma anzi può diventare un momento importante se trattato e affrontato in maniera opportuna (Lorenzini et al., 2010). Come abbiamo visto anche nella revisione della letteratura sul *drop-out*, non sempre una rottura di un'alleanza o un momento di difficoltà porta necessariamente all'abbandono della terapia. Per poter operare come psicoterapeuti, è importante però assumersi una dose di responsabilità di ciò che accade durante la seduta. Questo lavoro non serve a comprendere di chi è la colpa di un *drop-out*, ma lo scopo vuole essere quello di porre degli spunti di riflessione che possano venirci in aiuto nella pratica clinica. Le difficoltà e gli eventuali errori possono esserci durante tutta la fase del trattamento, da quella di assessment, a quella di chiusura della terapia. L'errore in una fase iniziale della formulazione del caso può essere quello di non avere una visione strategica nella raccolta di informazioni, questo può portarci a navigare a vista senza un obiettivo ben preciso (Lorenzini et al., 2010). Anche nella prima restituzione del funzionamento, possono esserci alcune accortezze da tener presente. È importante non dare nulla per scontato. Inoltre, come abbiamo visto precedentemente parlando dell'importanza dell'alleanza terapeutica, l'accordo sul lavoro da compiere e sul come svolgerlo risulta un requisito fondamentale. Durante la fase delicata del cambiamento, l'errore più frequente è l'assenza di un progetto definito e condiviso di dove si intende andare e di come farlo (Lorenzini et al., 2010). Inoltre, un errore che può ostacolare questa fase è il non aver tenuto conto dei cicli interpersonali del paziente (Lorenzini et al., 2010). All'interno di un'ampia cornice che è la relazione terapeutica, una menzione speciale utile a noi terapeuti riguarda la definizione di ciclo interpersonale. Quest'ultimo è quindi di grande importanza. Il DSM-5, spiega che i disturbi di personalità sono essenzialmente disturbi delle funzioni del Sé e delle relazioni interpersonali; dunque, risulta normale la tendenza di questi pazienti a manifestare le stesse difficoltà nella relazione terapeutica (Carcione A., Semerari A., 2019). I pazienti, in base alla propria storia e alle proprie esperienze relazionali negative possono aver sviluppato degli schemi interpersonali problematici (Carcione A., Semerari A., 2019). I cicli interpersonali possono essere cronici o acuti. I cicli cronici sono

caratterizzati da una durata che tende a prolungarsi per diverse sedute, mentre quelli acuti sono caratterizzati dall'intensità delle emozioni e dalla potente spinta all'azione da parte del terapeuta (Carcione A., Semerari A., 2019). Questi cicli possono spingerci ad azioni potenzialmente anti-terapeutiche. Un altro possibile "errore" durante la fase di cambiamento può essere quello della diminuzione dell'impegno, sia da parte del terapeuta che del paziente. *"Dopo la luna di miele iniziale e le reciproche soddisfazioni legate alla comprensione dei meccanismi che generano la sofferenza può esserci la convinzione che ormai la terapia proceda automaticamente"* (Lorenzini et al., 2010). Rispetto a quest'ultimo, Lorenzini (2010), ci spiega di fare attenzioni alle emozioni come la noia e l'ostilità nei confronti del paziente. Ricordandoci che occorre guardare a quanto ci accade anche con l'aiuto di un supervisore, facendo su di noi quello che chiediamo costantemente ai pazienti. Individuare l'evento attivante, l'emozione e le nostre valutazioni. I momenti di crisi possono essere momenti di rivalutazione, di aggiornamento e di ricondivisione di un nuovo contratto. Ciò che può esserci di aiuto è frammentare il percorso, facendo delle periodiche verifiche sulla base degli obiettivi concordati per valutare i risultati raggiunti, le difficoltà incontrate e gli obiettivi futuri (Lorenzini et al., 2010). In ultimo, ma non per importanza, considerare le resistenze dei pazienti come schemi disfunzionali del paziente stesso, un paziente con un timore di giudizio, è possibile che ometterà di raccontare certe cose temendo il giudizio del terapeuta (Lorenzini et al., 2010). Questo cambio di prospettiva fa passare la resistenza da ostacolo a opportunità, poiché abbiamo modo di vedere in diretta le difficoltà del paziente (Lorenzini et al., 2010).

Bibliografia

- Bados, A., Balaguer, G., & Saldan~a, C. (2007). L'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale e il problema del drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 585-592.
- Barrett, M. S., Chua, W.-j., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Casiano, D., & Thompson, D. (2009). "Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice": Correction to Barrett et al (2008). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *46*(2), 248. <https://doi.org/10.1037/a0016184>

- Brogan, M. M., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 105. DOI:10.1037/h0087773.
- Carcione, A., & Semerari, A. (2019). I cicli interpersonali problematici nei disturbi di personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 45/2019. ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046. Copyright © FrancoAngeli. Questo lavoro è rilasciato sotto la licenza Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives. Per i termini e le condizioni d'uso, si prega di consultare: <http://creativecommons.org/>.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3–12.
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 67–89. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143810.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19–30. doi:10.1037/1040-3590.12.1.19.
- Gülüm, İ. V., Soygüt, G., & Safran, J. D. (2016). A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1246765>.
- Hamilton, S., Moore, A. M., Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Psychotherapy dropouts: Differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *Journal of Marital & Family Therapy*, 37(3), 333–343. doi:10.1111/j.1752-0606.2010.00204.x.
- Holmes P. (1983), Dropping out from adolescent therapeutic group: a study of factors in the patients and their parents which may influence this process, in *Journal Adolescence*, 6(4), pp.333-346.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. doi:10.1037/a0022186.
- Kullgard, N., Holmqvist, R., & Andersson, G. (2021). Premature Dropout From Psychotherapy: Prevalence, Perceived Reasons and Consequences as Rated by Clinicians. *Journal of Counseling Psychology*, 40(2), 215-230. <https://doi.org/10.32872/cpe.6695>.

- Lavik, K. O., Frøysa, H., Brattebø, K. F., McLeod, J., & Moltu, C. (2017). The first sessions of psychotherapy: A qualitative metaanalysis of alliance formation processes. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. doi:10.1037/int0000101.
- Lorenzini, R. (a cura di), Scarinci, A. (a cura di), & Recanatini, L. (Illustratore). (2010). *Errare umanum est. L'errore nella pratica psicoterapeutica. Pazienti e terapeuti che sbagliano*. Editore.
- Paradisi, G., Capo, R., Sacttoni, M., & Gragnani, A. (2015). *La valutazione del drop-out in un campione di terapeuti*, Associazione di psicologia cognitiva, Roma; Scuola di psicoterapia cognitiva (SPC), Roma e Grosseto.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., ... Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 114–122. doi:10.1037/h0087787
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy*, 50(1), 148-160. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *American Psychologist*, 48(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>.
- Saladino V., Auriemma V. (2021). *Grounded Theory e ricerca qualitative sui drop-out in psicoterapia; il Progetto della SSPS*, in Saladino V. (a cura di), *Le strategie in psicoterapia. Ricerca e innovazione*, Cacucci, Bari.
- Semerari A. (2000), *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*, Editori Laterza, Roma.
- Semerari, A. (2022). *La relazione terapeutica: storia, teoria e problemi*. Laterza.
- Shayne R. Anderson, Rachel Tambling, Jeremy B. Yorgason & Erin Rackham (2018): The mediating role of the therapeutic alliance in understanding early discontinuance, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2018.1506949
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193–207. <https://doi.org/10.1037/a0037512>

Todisco, P. (2003). *Insuccessi terapeutici nei disturbi del comportamento alimentare*. Milano: Mc Grow Hill.

Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190–195. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>

Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C., & Lutz, W. (2016). Therapist Effects on and Predictors of NonConsensual Dropout in Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(DOI: 10.1002/cpp.2022). Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com).

Chiara Albani - Psicologa

Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Perdighe e Procacci

e-mail: chiaraalbaniaq@hotmail.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it