

IL DROP-OUT NELLA TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTALE: RISULTATI DA UNO STUDIO CASO - CONTROLLO.

Alberto Rossi^{1*}, Michela Rimondini², Tiziana Biscontin³, Orietta Costella³, Filippo Lelli³, Isabella Mannucci³, Isabella Olivieri³, Mauro Orioli⁴, Daniela Roversi³, Christian Savegnago⁵, Franco Baldini⁶

¹ Psicologo, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca, Dirigente Psicologo presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS 7 (Pieve di Soligo) della Regione Veneto.

² Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca, Ricercatrice presso il Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università degli Studi di Verona.

³ Psicologo, Psicoterapeuta, Libero Professionista.

⁴ Psicologo, Psicoterapeuta, Libero Professionista, Direttore Comunità Terapeutica "Il Timoniere", Mesola (Ferrara).

⁵ Psicologo, Psicoterapeuta, Dipartimento di Pediatria, Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Comprensorio Sanitario di Bolzano, Bolzano.

⁶ Psicologo, Psicoterapeuta, Libero Professionista. Responsabile e didatta della sede di Verona della Scuola di Formazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale dell'APC di Roma. Didatta SITCC ed SPC.

Questo lavoro nasce come parte dell'attività di project della Scuola di Formazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale APC-SPC di Verona nell'anno 2004-2005. Un ringraziamento particolare va al Professor Francesco Mancini per aver voluto inserire l'attività di ricerca nell'ambito della formazione in psicoterapia della scuola.

Riassunto

Molta ricerca nel campo della salute mentale è orientata verso lo sviluppo dei metodi di trattamento. Sfortunatamente molti dei potenziali fruitori di questi trattamenti non ne traggono beneficio per il fatto di non aderire al processo di cura. Lo scopo di questo studio è stato quello di identificare le caratteristiche dei pazienti e del trattamento associate con la probabilità di interrompere inappropriatamente i contatti (DO) nella Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC). Il disegno dello studio si è configurato come un caso-controllo: un gruppo di pazienti DO è stato confrontato con un gruppo di pazienti che hanno portato a termine la TCC. In particolare ad ogni caso (paziente DO) sono stati abbinati due controlli (pazienti che hanno terminato il trattamento appropriatamente). Un totale di 186 pazienti sono stati inclusi nelle analisi. Di questi 62 (33%) erano DO secondo la nostra definizione e 124 (67%) erano pazienti che avevano terminato il trattamento appropriatamente. Le variabili "eseguiva o meno gli homework", e "grado di definizione degli scopi della terapia" si sono rivelate le uniche in grado di predire il DO in questo campione. In particolare, meno un paziente eseguiva gli homework più alto era il rischio di DO (OR: 2,70). Parimenti, meno lo scopo della terapia era chiaramente identificato e definito, maggiore era il rischio di DO (OR: 3,11). Questi risultati supportano empiricamente l'idea, presente nella teoria cognitivista, che gli scopi del trattamento dovrebbero venire apertamente discussi e concordati con il paziente da parte del clinico all'inizio del trattamento. In questo studio è stato dimostrato che questa prescrizione ha un valore sia per motivi inerenti la tecnica stessa, sia per limitare il fenomeno del DO, che può venir considerata una

Il Drop-out nella terapia cognitivo-comportamentale

delle variabili di esito più importanti o quanto meno tra le più misurabili. Anche i problemi inerenti il lavoro da fare tra una seduta e l'altra si sono dimostrati determinanti rispetto all'esistenza stessa del trattamento. Questo studio fa emergere l'importanza del lavoro fatto a casa dal paziente, non solo come mezzo di cambiamento, ma anche come indicatore di una possibile interruzione inappropriata della terapia.

Parole chiave: drop-out, terapia cognitivo-comportamentale.

DROP-OUT FROM COGNITIVE – BEHAVIOUR THERAPY: FINDINGS FROM A CASE - CONTROL STUDY.

Abstract

A lot of research in mental health field is directed towards the development of treatment methods. Unfortunately, many potential users of treatments do not receive them because they do not engage in the treatment process. The aim of this study is to identify patient and treatment characteristics associated with the likelihood of dropping out of contact (DO) in the Cognitive-Behavioural Therapy (CBT). The study design is case-control: a group of DO patients has been compared with a group of patients who terminated the CBT. In particular, to each case (DO patient), 2 control subject was matched (patients who terminated the treatment properly). A total of 186 patients were included in the analyses. Of those, 62 (33%) were rated as having inappropriate terminations of treatment (the 'drop-out' group) and 124 (67%) were patients who terminated the treatment properly. "Whether or not the patient did the homework" and "degree of definition of the goals of the therapy" were the only predictors of DO in this sample. In particular: the less a patient did the homework, the higher was his/her risk of DO (OR: 2,70). Similarly, the less the goal of the therapy was clearly identified and define, the higher was the risk of DO. These results support empirically the idea, which is present in the cognitive theory, that the goals of the treatment should be openly discussed and agreed with the patient by the clinician at the beginning of the treatment. In this study has been demonstrated that this prescription has a value either for the technique itself, and to limited the DO phenomena, which could be considered one of the more important outcome variables, or at least one of the more measurable. Also the problems about the work to do between the sessions have shown to have important consequences for whether patients allow continuing clinical contact, and therefore treatment, to take place at all. This study shows the importance of the work done "at home" by the patient, not only as a factor of change, but also as an indicator of a possible inappropriate termination of the therapy.

Keywords: drop-out, cognitive-behaviour therapy.

Molta ricerca nel campo della salute mentale è orientata verso lo sviluppo dei metodi di trattamento. Sfortunatamente molti dei potenziali fruitori di questi trattamenti non ne traggono beneficio per il fatto di non aderire al processo di cura. Precedenti studi sulle modalità di utilizzazione dei servizi di salute mentale hanno dimostrato infatti che una percentuale di pazienti compresa tra il 26% e il 40% abbandona il trattamento in maniera inappropriata (Rossi et al. 2002).

Dagli studi condotti nell'ambito dei servizi di salute mentale in generale emerge come l'interruzione inappropriata del trattamento (drop-out) si configuri come un comportamento determinato da fattori diversi in interazione tra loro. Le ricerche precedenti hanno dimostrato, anche in maniera contraddittoria, come sia le caratteristiche socio-demografiche del paziente

(Baekeland et al. 1975; Phillips et al. 1983; Trepka 1986; Teherani et al. 1996; Young et al. 2000; Edlund et al. 2002) che la sua soddisfazione per il trattamento (Pekarik 1983; Teherani et al. 1996; Young et al. 2000) possano essere importanti predittori del drop-out (DO). Anche il setting clinico e la gravità del quadro clinico del paziente (Kline et al. 1973; Robin 1976; Trepka 1986; Killaspy et al. 2000; Young et al. 2000; Percudani et al. 2000) si sono rivelati in vario modo, fattori in grado di predire questo fenomeno, che riveste sempre maggiore importanza nell'analisi dei servizi, sia in termini di qualità che di outcome, anche in considerazione di una sempre maggiore territorializzazione della psichiatria. Una delle più pressanti problematiche nella politica sanitaria dei paesi industrializzati, infatti, è quella del come assicurare l'accesso ai servizi di salute mentale e la continuità della cura alle persone con problemi di ordine psichiatrico.

Il drop-out in psicoterapia

Il DO in psicoterapia è stato sinora poco indagato dalla letteratura internazionale. Illustriamo di seguito le principali ricerche che hanno indagato il fenomeno in questo ambito. In alcuni di questi studi l'orientamento psicoterapeutico utilizzato è stato esplicitato, in altri è stato riportato soltanto l'ambito generico della psicoterapia. Il primo esame della letteratura riguardante il DO che ha preso in considerazione la psicoterapia si deve a Baekeland e Lundwall (1975), i quali effettuarono una revisione critica degli studi sul DO riguardante i vent'anni precedenti il 1975. Gli autori evidenziarono 15 variabili risultate predittive in buona parte degli studi revisionati. Nel 31% degli studi nei quali è stata presa in considerazione, l'età del paziente è risultata essere in relazione alla persistenza in trattamento del paziente stesso: sembra più probabile che i pazienti più giovani interrompano prematuramente le cure. Il perché questo accada non è interamente chiaro anche se sembra in parte attribuibile alla maggiore mobilità geografica dei pazienti più giovani che, con minori probabilità, hanno legami familiari e di comunità o obblighi di tipo genitoriale. Il 45% delle ricerche prese in considerazione indica il genere come altra variabile predittiva: le femmine avrebbero maggiori probabilità di interrompere inappropriatamente il trattamento.

Uno dei fattori che possono essere messi in relazione a questo fenomeno è l'abbinamento paziente-terapeuta. Sembra infatti che i terapeuti con caratteristiche che li fanno rientrare nella categoria che Whitehorn e Betz (1960) hanno definito di "tipo A" (maggiormente permissivi, introversi e con maggiori interessi di tipo femminile), abbiano un altissimo tasso di DO femminile rispetto ai terapeuti che questi autori hanno definito di "tipo B" (più autoritari ed estroversi). In una delle ricerche sull'argomento presa in considerazione dagli autori, su 13 pazienti femmine che avevano interrotto prematuramente il trattamento, 11 avevano un terapeuta di "tipo A".

Procedendo nella descrizione delle variabili gli autori hanno riscontrato che nel 42% degli studi presi in considerazione, un basso status socio-economico del paziente (determinato dal livello educativo, dal reddito o dall'occupazione) rappresentava un importante predittore del fenomeno in questione. Questo non deve sorprendere per una serie di ragioni. Prima di tutto i terapeuti appartengono normalmente alla classe media e, per ciò stesso, possono capire solo in maniera limitata molti degli aspetti della vita delle persone della classe sociale più bassa che rappresentano la maggior parte della popolazione clinica dei servizi pubblici. Quindi, le loro aspettative implicite (se non addirittura esplicite) sugli obiettivi del trattamento, possono essere molto diverse da quelle del paziente. Oltre a questo, è probabile che i pazienti di classe sociale più bassa, essendo maggiormente concreti e meno inclini a spiegazioni psicologiche, possano

trovare inutile continuare il trattamento una volta che i sintomi sono stati eliminati.

L'importanza dell'isolamento sociale nel predire il DO è stata indicata dalla totalità (100%) degli studi che lo prendevano in considerazione. Una delle possibili spiegazioni di tale risultato è che la scarsa abilità, che le persone socialmente isolate hanno di formare forti legami con gli altri, si rifletta nella debolezza del legame con il proprio terapeuta. Anche la stabilità sociale (lavorativa, matrimoniale e residenziale) è risultata predittiva. Nel 44% degli studi considerati, infatti, meno il paziente era socialmente stabile, più probabilmente rientrava nel gruppo dei DO.

Il livello sintomatologico sembra anch'esso in relazione all'interruzione prematura del trattamento. Il 63% degli studi ha dimostrato che, meno i pazienti erano ansiosi e/o depressi, più probabilità avevano di non completare la cura. Sembra quindi che, oltre un certo livello, l'ansia ed il bisogno di sollievo da essa, possano agire non solo come un incentivo per far entrare il paziente in trattamento, ma anche per rimanervi. Ancora, l'82% degli studi che prendevano in considerazione i fattori correlati al comportamento aggressivo o passivo-aggressivo, indicavano come i pazienti con queste caratteristiche tendessero ad abbandonare il trattamento. Questo secondo gli autori non dovrebbe sorprendere in quanto, se il paziente apertamente aggressivo con maggiori probabilità si opporrà al suo terapeuta, il paziente passivo-aggressivo tenderà a mettere in atto una serie di comportamenti ostili come dimenticare gli appuntamenti o prendere i farmaci in maniera inappropriata. Alla fine, la sua ostilità ed il suo risentimento non verbalizzato verso il terapeuta potranno aumentare a tal punto da non lasciargli altra scelta che lasciare il trattamento. Le caratteristiche sociopatiche sono state messe in relazione al DO nel 74% degli studi revisionati. Che i soggetti con tali caratteristiche non resistano in trattamento sembra quasi inevitabile, in quanto non sono motivati dal senso di colpa né dall'ansia persistente che solitamente possono servire da sprone a proseguire la cura. In molti casi, questi soggetti possono accettare di sottoporsi al trattamento solo per evitare la reclusione. La loro tendenza ad agire il conflitto, infine, sembra antitetica ai metodi e agli scopi di quasi tutti gli approcci psicoterapeutici.

La scarsa motivazione e le variabili ad essa relazionate sono state spesso trovate implicate nella defezione dal trattamento. L'83% degli studi indagati, infatti, la considerano importante nella spiegazione di tale fenomeno. Anche se la motivazione è stata giustamente criticata per essere un concetto vago, poco definito ed in parte circolare, è evidente che la forza delle ragioni del paziente al trattamento influenza la sua scelta di restarvi. Queste possono includere la sua capacità di tollerare la frustrazione, di costruirsi degli obiettivi a lungo termine, l'insoddisfazione verso se stesso insieme al suo bisogno di cambiamento.

Come precedentemente accennato, la mancanza di inclinazione ad accettare spiegazioni di tipo psicologico è stata ripetutamente invocata come una delle variabili maggiormente implicate nel fenomeno considerato (92% degli studi revisionati dagli autori). Come la motivazione, anche l'inclinazione psicologica è un costrutto complesso e probabilmente multifattoriale. Esso è stato utilizzato dai clinici per connotare sia l'abilità di vedere le relazioni causali tra idee, sentimenti e comportamenti, sia di riconoscerli ed etichettarli.

I clinici danno particolarmente peso, specialmente in psicoterapia, alla dipendenza ed alle difese che il paziente mette in atto contro di essa. Fattori quali il comportamento dipendente e/o la dipendenza percepita, sono risultati implicati con il DO nell'86% degli studi che li prendevano in considerazione. La direzione dell'associazione tra DO e dipendenza sembra contraddittoria: alcuni studi sembrano suggerire un'associazione tra indipendenza e DO, in altri sembrerebbero essere i soggetti maggiormente dipendenti quelli più inclini ad interrompere il trattamento. Questo argomento necessita, secondo gli autori, di studi ulteriori e maggiormente sistematici.

Altro costrutto indagato principalmente, anche se non esclusivamente, nel contesto della psicoterapia, è l'atteggiamento e il comportamento del terapeuta verso il paziente. Esso appare

implicato nel 100% degli studi nel determinare se il paziente rimarrà o meno in trattamento. Alcune caratteristiche del terapeuta che predispongono all'abbandono sono: l'etnocentrismo, il disinteresse, l'antipatia o la noia verso il paziente ed un atteggiamento negativo verso l'uso dei farmaci. Inoltre, il terapeuta con maggior tasso di DO è risultato essere maschio, maggiormente incline a cancellare gli appuntamenti, più permissivo, introverso e distaccato.

La patologia, gli atteggiamenti ed il comportamento dei familiari, si sono dimostrati dei predittori importanti nell'80% degli studi presi in considerazione. La tossicodipendenza è risultata essere nell'72% delle ricerche revisionate, un fattore determinante nel favorire l'interruzione del trattamento. Ciò sembrerebbe dovuto alla sua tendenza ad essere associata a scarso controllo degli impulsi, bassa tolleranza alla frustrazione, isolamento sociale, tratti sociopatici e ad altre caratteristiche che abbiamo visto essere in relazione con l'interruzione prematura delle cure.

Per finire, in tutti gli studi (100%) in cui è stato preso in considerazione, il mancato accordo tra le aspettative del terapeuta e quelle del paziente, riguardo agli obiettivi del trattamento, è risultato essere un fattore associato al DO.

Sulla base della letteratura revisionata, gli autori concettualizzano l'atto di interrompere il trattamento come il risultato di tre campi di forza: il primo, un set di fattori personali (socio-demografici, clinici e di personalità) che dispongono favorevolmente o meno il paziente all'ambito del trattamento. Il secondo, una serie di variabili aventi a che fare con la personalità del terapeuta, il suo atteggiamento verso il paziente ed il suo stile terapeutico. Il terzo set di variabili, che potremmo definire "fattori ambientali", include gli atteggiamenti dei familiari verso il trattamento, eventi di vita contingenti, problemi riguardanti i trasferimenti, i costi del trattamento, etc.

Gli autori concludono dando alcune raccomandazioni, sulla base di ciò che è emerso dalla letteratura presa in considerazione, per ridurre l'abbandono del trattamento una volta che il potenziale paziente DO sia stato identificato. Essi consigliano di eliminare o ridurre le liste d'attesa e di offrire quindi un'ammissione immediata. Gli alcolisti e i tossicodipendenti dovrebbero essere identificati immediatamente e diretti verso i servizi specialistici di competenza. Il servizio dovrebbe offrire la più ampia gamma di servizi ausiliari possibili in modo che il paziente possa usufruire di quelli più adatti alle sue caratteristiche. Al paziente andrebbero spiegati gli scopi, i risultati probabili, gli effetti collaterali, la durata e il tipo di trattamento al quale verrà sottoposto, accertandosi che abbia capito il suo ruolo nel processo. Bisognerebbe inoltre verificare se questi ha interrotto un trattamento in precedenza e se l'ha fatto ne andrebbero esplorate le ragioni.

La continuità del trattamento dovrebbe essere garantita evitando inopportuni cambiamenti di terapeuta, riducendo al minimo le assenze e provvedendo a supplirle quando inevitabili. Non bisognerebbe lasciare che il paziente serbi risentimento senza verbalizzarlo, facendogli capire che può esprimere sentimenti negativi verso la clinica e verso il terapeuta senza paura di ritorsioni. Quando ritenuto opportuno, andrebbero mantenuti i contatti con persone giudicate significative per il paziente, coinvolgendole nel trattamento se necessario. Infine nei pazienti maggiormente sintomatici e di basso status socioeconomico, bisognerebbe puntare su di un rapido sollievo dai sintomi.

Un successivo lavoro di Levinson et al. (1978) cercò di indagare le cause dell'interruzione prematura della psicoterapia nella pratica clinica privata valutando una serie di trenta pazienti che avevano interrotto prematuramente il trattamento (psicoterapia ad orientamento dinamico). I casi venivano presentati in equipe e le ragioni dell'interruzione venivano valutate indipendentemente da ciascun terapeuta su di un inventario di fattori causali costruito ad hoc. Gli autori

suddivisero le cause del DO in quattro categorie principali. La più rappresentata è stata quella relativa alla “reazione al trattamento” e coinvolgeva fattori quali la paura della dipendenza e di abbandonare le difese. Questa categoria è stata applicata al 87% dei casi presi in considerazione. La seconda categoria, che coinvolse il 57% dei pazienti DO, era relativa a fattori intrinseci al paziente ossia alle sue caratteristiche stabili di personalità quali il negativismo o le tendenze paranoiche. La terza categoria, presente nel 37% dei casi, prendeva in considerazione fattori inerenti al terapeuta come il controtransfert. L'ultimo raggruppamento comprendeva i fattori definiti “di realtà”, che sono stati rilevati nel 40% dei pazienti e includeva cause interpersonali come l'interferenza dei familiari o del coniuge, problemi inerenti agli spostamenti, alla mancanza di denaro etc. Anche se condotto su un campione diverso da quello della maggior parte degli studi sul DO (che prendevano in considerazione pazienti di classe sociale inferiore) e viziato da alcuni problemi metodologici (mancanza di un gruppo di controllo), è interessante notare come i raggruppamenti di fattori rilevati da questo studio, siano molto simili a quelli tratteggiati da Baekeland e Lundwall (1975) nella review che abbiamo precedentemente preso in considerazione.

Uno studio nel quale si chiedevano direttamente al paziente le ragioni dell'abbandono è quello realizzato da Pekarik (1983). Si tratta di uno studio prospettico i cui scopi erano (a) scoprire le ragioni dell'interruzione e (b) valutare i cambiamenti nella sintomatologia psichiatrica in un gruppo di pazienti che avevano dato differenti ragioni per spiegare l'interruzione del trattamento. I soggetti presi in considerazione dallo studio erano un gruppo di pazienti ambulatoriali in psicoterapia presso un servizio territoriale di salute mentale. Al primo appuntamento in terapia, i pazienti venivano informati sugli scopi dello studio e a quelli che decisero di partecipare (92%) venne somministrata la Brief Symptom Inventory (BSI), una scala a self-report che valuta la presenza e la gravità di una vasta gamma di sintomi psichiatrici. Di 103 pazienti che successivamente interruppero il trattamento e che vennero contattati al follow-up, solo 46 (45%) si dichiararono disponibili a completare lo studio. Essi non differivano significativamente dai non-responder per nessuna delle caratteristiche di base prese in considerazione dallo studio. Le informazioni raccolte al follow-up furono: (a) la ri-somministrazione della BSI e (b) una serie di domande relative alle ragioni dell'interruzione del trattamento. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, la percentuale più alta di pazienti (39%) dichiarò di “non aver più bisogno del servizio”, il 35% diede risposte classificate come “ostacoli ambientali alla prosecuzione del trattamento”: problemi finanziari, di trasporto, mancanza di tempo, etc. Il rimanente 26% rispose sostanzialmente di essere insoddisfatto del servizio. Per quanto riguarda la situazione sintomatologica, il gruppo che aveva dichiarato di non aver più bisogno del servizio presentò una significativa riduzione dei sintomi tra la prima e la seconda somministrazione della BSI. Questo “miglioramento sintomatologico” può essere stato alla base della loro decisione di interrompere il trattamento. Anche i pazienti che avevano indicato gli “ostacoli ambientali” come ragione della loro interruzione presentarono una significativa riduzione dei sintomi tra l'inizio del trattamento ed il follow-up. In questo caso è possibile che il miglioramento sintomatologico abbia fatto sì che i problemi logistici avessero la meglio sulla continuazione del trattamento. La mancanza di una significativa riduzione dei sintomi nel gruppo dei pazienti che si erano dichiarati insoddisfatti del servizio infine, è proprio ciò che ci si aspetterebbe dai pazienti a motivo della loro insoddisfazione. L'insoddisfazione per la mancata riduzione dei sintomi è ciò che alla lunga potrebbe aver portato al logoramento dei rapporti con il servizio sfociato infine nell'abbandono del trattamento.

Proprio l'attrito nei rapporti tra pazienti e servizi psichiatrici è l'argomento di uno studio di Treпка (1986). Il campione preso in considerazione dall'autore consisteva di 118 pazienti am-

bulatoriali inviati da medici di base o da psichiatri ad uno psicologo clinico nel corso di due anni. I pazienti venivano considerati DO quando non rispettavano un appuntamento prefissato e non ne richiedevano un altro a dispetto di una lettera inviata loro che li invitava a farlo. L'autore suddivise ulteriormente i DO in tre sottocategorie: (a) non-attenders – riferita ai pazienti che non si presentavano nemmeno al primo appuntamento, (b) non-engagers – pazienti che accettavano il contratto terapeutico ma che interrompevano prima che iniziasse il trattamento e (c) non-completers – ossia pazienti che interrompevano dopo che il trattamento era iniziato. Questa classificazione permise di comparare ciascun gruppo di pazienti DO con i pazienti che persistevano oltre quello stadio. Una delle ipotesi di partenza dello studio, infatti, era quella che chi interrompeva nella prima fase differisse da chi persisteva in trattamento più a lungo prima di interromperlo. L'autore trovò che il totale dei pazienti DO sull'intero campione fu del 40%, includendo l'11% dei pazienti che non si presentarono all'appuntamento iniziale (non-attenders). Dei pazienti che accettarono il contratto terapeutico, il 22% non iniziò poi il trattamento (non-engagers). Dei rimanenti 69 pazienti che invece lo intrapresero, il 23% lo abbandonò quando era in corso (non-completers). Sebbene non fossero disponibili molte informazioni sui non-attenders, essi risultarono differire significativamente dai pazienti che si presentarono al primo appuntamento soltanto per il maggior numero di contatti psichiatrici precedenti. È possibile, in questo caso, che le passate esperienze insoddisfacenti avessero scoraggiato questi pazienti a tal punto da far sì che non si presentassero neppure al primo appuntamento. I pazienti non-engagers erano con maggiori probabilità disoccupati e di classe sociale più bassa rispetto a quelli che intrapresero il trattamento. Questi fattori emergono spesso in connessione all'attrito nei rapporti con i servizi che sfocia poi nell'abbandono del trattamento. L'unico predittore significativo dell'interruzione del trattamento in corso infine, fu la minor gravità del disturbo nei soggetti che abbandonavano a trattamento iniziato (non-completers). I risultati di questo studio, oltre che confermare il previsto attrito nei rapporti tra pazienti e servizi psichiatrici, suggeriscono che i pazienti DO non costituiscono un gruppo uniforme ma che differenti fattori contribuiscano all'abbandono nelle diverse fasi del processo di cura.

In uno studio successivo Beck et al. (1987) hanno chiesto a 208 adulti che avevano cercato un trattamento ambulatoriale presso un centro territoriale di salute mentale di completare un breve questionario immediatamente prima e subito dopo la prima seduta di psicoterapia. Il questionario conteneva items riguardanti l'auto-predizione della propria permanenza in psicoterapia, possibili ostacoli alla frequenza regolare e comportamento passato in situazioni simili. Anche ai terapeuti era richiesto di fare previsioni rispetto alla permanenza in trattamento dei pazienti. I risultati hanno dimostrato come le previsioni dei pazienti e dei terapeuti fossero i più stabili e consistenti correlati del comportamento di permanenza in trattamento.

Successivamente Hunt et al. (1992) hanno trovato che, in una clinica dove si praticava la terapia cognitivo comportamentale di gruppo a pazienti con disturbi d'ansia, solo il 17% di questi raggiungeva un valore mediano di 60 h di terapia. Le caratteristiche dei pazienti non risultarono associate al DO. Inoltre, esaminando cinque meta-analisi sull'argomento questi autori hanno trovato che il valore mediano del tasso di DO era dell'8% dopo 20 ore di terapia. Essi suggeriscono che un minore abbandono delle cure sia associato con un trattamento efficace e standardizzato e che il tasso di DO potrebbe essere considerato un indicatore di efficacia del servizio erogato.

Il modello transteoretico del cambiamento (Prochaska e DiClemente 1983) sostiene che gli individui progrediscono attraverso vari stadi motivazionali nel tentativo di cambiare il loro comportamento. Quattro stadi principali descrivono gli aspetti temporali e motivazionali del cambiamento e sono i seguenti: Precontemplazione, Contemplazione, Azione e Mantenimento. Questi

stadi sono stati inizialmente descritti come una progressione lineare, poi come un fenomeno a “porta girevole” e più recentemente sono stati descritti in termini di spirale: le persone passerebbero tipicamente in maniera circolare da uno stadio all’altro del cambiamento. Questo modello propone che lo stadio di cambiamento raggiunto sarebbe in grado di predire l’impegno dei pazienti in psicoterapia. Uno studio di Derisley e Reynolds (2000) ha testato l’ipotesi che i pazienti con un alto punteggio nello stadio di Precontemplazione misurato attraverso lo *Stage of Change Questionnaire* (Prochaska et al. 1992) dovrebbero terminare la terapia prematuramente rispetto ai clienti con un alto punteggio nello stadio dell’Azione. A sessanta pazienti di un servizio ambulatoriale è stato quindi chiesto di completare il questionario prima della psicoterapia, assieme ad altre scale per la misurazione dei sintomi e dell’alleanza terapeutica. L’ipotesi specifica non è stata confermata. L’interruzione prematura del trattamento veniva predetta da un’alta gravità iniziale dei sintomi e da un basso livello di contemplazione. Questi risultati suggeriscono che questo modello, sviluppato nel contesto degli interventi per la modificazione del comportamento, non può venir generalizzato direttamente alla popolazione della psicoterapia ambulatoriale. La contemplazione ha comunque predetto il DO e l’impegno ad intraprendere la terapia. Questo implica che con alcuni adattamenti il modello può essere un utile elemento nella valutazione in psicoterapia. Fassino et al. (2003) infine, hanno esplorato le caratteristiche di personalità, la psicopatologia e le caratteristiche cliniche di pazienti bulimiche che non avevano completato un trattamento combinato di psicoterapia comportamentale e farmacoterapia. In particolare, 86 pazienti con bulimia nervosa, sono state valutate prima di iniziare il trattamento attraverso una serie di scale cliniche e di personalità. Il 34% delle pazienti interruppe il trattamento prematuramente. Queste pazienti, rispetto a quelle che lo portarono a termine erano risultate più impulsive e più inclini a provare rabbia (con tratti borderline di personalità). Risultarono inoltre meno cooperative e meno auto direttive. Gli autori non hanno riscontrato differenze significative per quanto riguarda le caratteristiche socio demografiche, cliniche e di risposta al farmaco.

Nell’ambito della psicoterapia, l’approccio cognitivo-comportamentale è attualmente considerato il paradigma teorico più solido. I suoi meriti sono il costante radicamento nel metodo scientifico che impone la falsificabilità delle affermazioni e la rapidità degli interventi orientati sia alla risoluzione dei sintomi che alla comprensione della sofferenza. Nel servizio pubblico e in ambito privato aumenta l’attenzione per interventi la cui brevità garantisca costi accessibili e una seria valutazione di efficacia (Lorenzini e Sassaroli, 2000). Anche se il fenomeno del DO può venir considerata una delle variabili di esito più importanti o quanto meno tra le più misurabili, fin’ora pochi studi della letteratura cognitivo-comportamentale si sono focalizzati sul problema del DO nella pratica clinica. In tre studi (Gavino e Godoy 1993; Persons et al, 1988; Trepka 1986) condotti rispettivamente su 52, 70 e 88 pazienti, i tassi di DO emersi sono stati del 34,6%, del 50% e del 39,8%. Uno studio di Westbrook e Kirk (2005) ha riportato un tasso di DO del 22,5% tra 1.646 pazienti a cui era stata offerta una terapia cognitivo comportamentale dal Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito; in questo caso il DO è stato definito come “interrompere il trattamento senza un accordo con il clinico”.

Infine, in un recente studio condotto in un’Unità di Terapia Comportamentale di Barcellona (Bado et al. 2007), su 203 pazienti, 89 (43,8%) sono risultati DO (che avveniva soprattutto nei primi stadi dell’intervento). Le principali ragioni addotte per il DO sono state: bassa motivazione e/o insoddisfazione per il trattamento o per il terapeuta (46%), difficoltà esterne (40%) e la sensazione del paziente di essere migliorato (13,3%). I pazienti DO differivano da quelli che continuavano il trattamento per il fatto di presentare più spesso disturbi affettivi o alimentari o problemi di discontrollo degli impulsi.

Scopi della ricerca

1. Analizzare le caratteristiche sociodemografiche, cliniche e quelle relative al trattamento dei pazienti che hanno interrotto la Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) (Beck, 1979) inappropriatamente (DO), confrontandole con quelle dei pazienti che l'hanno portata a termine.
2. Individuare l'effetto di queste variabili (fattori di rischio) sulla probabilità di essere un paziente drop-out.
3. Mettere a punto un modello di prevenzione secondaria che prevenga il precoce abbandono della psicoterapia da parte di quei pazienti in cui sia invece indicata una continuazione del trattamento.

Metodi

Setting, disegno dello studio e pazienti selezionati

In questo studio verranno presi in considerazione pazienti visti in psicoterapia da 10 terapeuti che utilizzano un approccio cognitivo e/o cognitivo comportamentale. Tutti gli psicoterapeuti inclusi nello studio erano psicologi e avevano ricevuto la stessa formazione avendo frequentato la medesima scuola di psicoterapia cognitivo comportamentale della durata di quattro anni. Nel presente lavoro, la definizione che abbiamo proposto di "interruzione appropriata del trattamento" è questa: un'interruzione dei contatti con il terapeuta a seguito della risoluzione/remissione clinica del disturbo o della problematica che avevano portato il paziente in terapia; oppure a seguito di un accordo tra il terapeuta e paziente che, per altre ragioni, sono d'accordo nel ritenere che il trattamento dovrebbe venire interrotto. Di converso un "interruzione non appropriata" si è avuta quando, a fronte dell'interruzione da parte del paziente dei contatti con il terapeuta, non c'è stata né una risoluzione/remissione clinica del disturbo o problematica portate dal paziente in terapia né un accordo tra terapeuta e paziente sull'interruzione del trattamento. Questi ultimi sono i casi che nel presente lavoro definiremo come pazienti DO¹. Le informazioni relative ai pazienti sono state ricavate chiedendo ai terapeuti di revisionare le relazioni anamnestiche e cliniche sui pazienti che avevano trattato nel corso della loro pratica clinica.

Il disegno dello studio si configura come un **caso controllo**, secondo la seguente definizione: un gruppo di individui con il fattore d'interesse è confrontato con un gruppo di individui senza il fattore di interesse in relazione all'esposizione al fattore studiato. Nel caso di questo studio, quindi, un gruppo di pazienti DO è confrontato con un gruppo di pazienti non DO in relazione all'esposizione alla psicoterapia cognitiva e/o cognitivo comportamentale. In particolare ad ogni caso (paziente DO) verranno abbinati due controlli (pazienti che hanno terminato il trattamento appropriatamente).

Misure utilizzate

Per tutti i pazienti erano disponibili i seguenti dati:

- Informazioni socio-demografiche e diagnostiche
- Durata del trattamento (sedute)

¹ Sia che il paziente avvisi o che non avvisi il terapeuta della sua intenzione di lasciare.

Il Drop-out nella terapia cognitivo-comportamentale

- Setting (Pubblico/Privato)
- Se al paziente erano stati assegnati homework.
- Se il paziente eseguiva gli homework.
- *Committente*
- Se il paziente era stato precedente in trattamento psicoterapeutico.
- Se era stato concordato con il paziente uno scopo/obbiettivo terapeutico all'inizio del trattamento
- Punteggio alla Global Assessment of Functioning (VGF, DSM IV) all'inizio della terapia

Analisi statistiche

Tutte le analisi statistiche sono state condotte utilizzando lo status del paziente (DO o non DO) come variabile dipendente. L'associazione univariata tra la variabile dipendente e le covariate è stata misurata attraverso il chi-quadro di Pearson e l' *odd ratio* grezzo.

La probabilità di essere un paziente DO è stata valutata attraverso un modello di regressione logistica. Il punto di cut-off ottimale del modello è stato stimato utilizzando il criterio del "punto di massima discriminazione" che permette di massimizzarne la quantità: (sensività + specificità)/2. Gli *odds ratios* sono stati utilizzati come approssimazione del *rischio relativo* (gli *odds ratio* sono una buona stima del rischio relativo solo per eventi rari) (Gould 2000).

Un aspetto cruciale nella costruzione di un modello di regressione logistica è rappresentato dalla selezione delle variabili. Il classico algoritmo di selezione automatica delle variabili (*stepwise*) ha una serie di svantaggi ben conosciuti (Derksen et al. 1992). Invece di affidarsi ad un singolo metodo, abbiamo quindi utilizzato una serie di differenti algoritmi sintetizzandone poi l'informazione ricavata. I metodi utilizzati sono stati: 1) la selezione *backward* e *forward*, 2) la selezione *bootstrapped stepwise*. Nel primo metodo l'idea di fondo è di partire da un modello completo di tutte le variabili (*backward*) o da un modello senza variabili (*forward*) e poi di togliere (*backward*) o inserire le (*forward*) variabili in base alla loro significatività. Il metodo si arresta quando le variabili da togliere hanno una significatività superiore ad una certa soglia o quando le variabili da inserire hanno una significatività troppo bassa.

Il metodo di selezione delle variabili *Bootstrapped stepwise* estrae un insieme di N campioni casuali *bootstrap* (nel nostro studio N=1000) e per ciascun campione seleziona le variabili per mezzo della *stepwise regression*. Il numero totale delle volte in cui ciascuna variabile è selezionata è un'altra misura pratica dell'importanza della variabile. In questo lavoro abbiamo considerato solo quelle variabili che sono state selezionate almeno nel 60% dei campioni bootstrap.

Sia le analisi univariate che quelle multivariate sono state svolte per mezzo di Stata (StataCorp. 2001) ed in particolare del modulo *swboot* di Stata per i modelli di regressione logistica *bootstrap stepwise*.

Risultati

Un totale di 186 pazienti sono stati inclusi nelle analisi. Di questi 62 (33%) erano DO secondo la nostra definizione e 124 (67%) erano pazienti che avevano terminato il trattamento appropriatamente.

Tabella 1. *Caratteristiche socio-demografiche, cliniche, presenza di eventuali trattamenti precedenti e committente del gruppo dei pazienti DO rispetto a quello dei pazienti che hanno terminato la terapia (analisi univariata).*

	Pazienti drop-out		Pazienti che hanno terminato la terapia		Crude odds	95% CI	χ^2	p
	N	%	N	%				
Genere								
Maschi	12	19,3	41	33,1	Riferimento		3,81	0,051
Femmine	50	80,6	83	66,9	2,06	0,98-4,28		
Età (anni)								
<18	5	8,1	9	7,3	Riferimento		0,39	0,983
18-30	21	33,9	38	30,6	0,99	0,30-3,35		
31-40	20	32,3	44	35,5	0,82	0,24-2,75		
41-50	9	14,5	20	16,1	0,81	0,21-3,11		
>51	7	11,3	13	10,5	0,96	0,23-4,04		
Stato civile								
Sposati	18	29,5	54	43,5	Riferimento		4,40	0,111
Celibi/nubili	39	63,9	59	47,6	1,98	0,04-1,01		
Vedovi/Separati/Divorziati	4	6,6	11	8,9	1,09	0,89-0,31		
Condizione abitativa								
Da soli	12	19,3	25	20,3	Riferimento		0,02	0,876
Con partner o famiglia	50	80,6	98	79,7	1,06	0,49-2,29		
Livello educativo								
Elementari	2	3,45	8	6,7	Riferimento		1,47	0,690
Medie	15	25,9	37	30,8	1,62	0,30-8,54		
Diploma	33	56,9	61	50,8	2,16	0,43-10,79		
Laurea	8	13,8	14	11,7	2,28	0,39-13,50		
Condizione lavorativa								
Occupati	41	66,1	87	71,3	Riferimento		3,41	0,333
Disoccupati	4	6,4	7	5,7	1,21	0,33-4,37		
Studenti	11	17,7	11	9,0	2,12	0,85-5,29		
Altro	6	9,7	17	13,9	0,75	0,27-2,04		
Precedente trattamento								
Sì	18	31,0	32	26,2	Riferimento		0,45	0,501
No	40	68,9	90	73,8	0,79	0,40-1,57		
Invio								
Paziente stesso	12	20,3	47	39,2	Riferimento		7,17	0,028
MDB o altro specialista	37	62,7	62	51,7	2,34	1,10-4,96		
Parenti o amici	10	16,9	11	9,2	3,56	1,23-10,33		
Diagnosi								
Non disturbi psichici	3	4,8	13	10,5	Riferimento		15,83	0,007
Disturbi affettivi	6	9,7	12	9,7	2,17	0,44-10,65		
Disturbi d'ansia e somatoformi	23	37,1	71	57,3	1,40	0,37-5,36		
Disturbi alimentari	12	19,3	8	6,4	6,5	1,40-30,36		
Disturbi di personalità	12	19,3	10	8,1	5,2	1,15-23,54		
Altro	6	9,7	10	8,1	2,6	0,52-13,04		
VGF all'inizio della terapia								
<40	2	3,3	4	3,2	Riferimento		0,22	0,97
41-60	26	43,3	49	39,8	1,06	0,18-6,18		
61-80	25	41,7	54	43,9	0,92	0,15-5,39		
81-100	7	11,7	16	13,0	0,87	0,12-5,94		

Il Drop-out nella terapia cognitivo-comportamentale

Tabella 2. Caratteristiche del trattamento nel gruppo dei pazienti DO rispetto a quello dei pazienti che hanno terminato la terapia (analisi univariata).

	Pazienti drop-out		Pazienti che hanno terminato la terapia		Crude odds	95% CI	χ^2	p
	N	%	N	%				
Setting								
Pubblico	22	35,5	48	38,7	Riferimento		0,18	0,67
Privato	40	34,5	76	65,5	1,15	0,61-2,16		
Scopo/Obiettivo terapeutico								
Definito e accordato con il paziente	29	46,8	94	76,4	Riferimento		16,26	<0,001
Vagamente definito	24	38,7	21	17,1	3,70	1,80-7,60		
Non definito	9	14,5	8	6,5	3,64	1,29-10,31		
Assegnati homework								
Si	48	85,7	103	87,3	Riferimento		0,08	0,775
No	8	14,3	15	12,7	1,14	0,45-2,88		
Esegua gli homework								
Si sempre	15	29,4	61	58,6	Riferimento		16,27	<0,001
Qualche volta	18	35,3	31	29,8	2,36	1,05-5,31		
No mai	18	35,3	12	11,5	6,1	2,42-15,35		
Durata del trattamento (sedute)								
1	8	12,9	1	0,81	Riferimento		22,96	<0,001
2-14	45	72,6	72	58,1	0,08	0,01-0,64		
>14	9	14,5	51	41,1	0,02	0,002-0,19		

Analisi univariate

Le Tabella 1 e 2 presentano il confronto fra le caratteristiche socio-demografiche e cliniche, la presenza di eventuali trattamenti precedenti, il committente e le caratteristiche del trattamento del gruppo dei pazienti DO rispetto a quello dei pazienti che hanno terminato la terapia in maniera concordata (analisi univariata).

Tra questi due gruppi di pazienti sono state riscontrate differenze significative. I pazienti che non sono arrivati in terapia per loro volontà ma sono inviati da altri sono risultati essere con maggiori probabilità DO rispetto agli altri ($c^2=7,17$; $P=0,028$).

Sono state trovate differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda la diagnosi ($c^2=15,83$; $P=0,007$). Rispetto ai pazienti che hanno terminato la terapia, quelli DO avevano con maggiori probabilità disturbi dell'alimentazione e di personalità, e con minori probabilità disturbi d'ansia e somatoformi.

E' risultato più probabile che, all'inizio della terapia, con i pazienti DO lo scopo del trattamento non fosse stato definito o fosse stato definito solo vagamente ($c^2=16,26$; $P=<0,001$) rispetto che con i pazienti che avevano terminato la terapia, i quali sono risultati anche più inclini ad eseguire gli homework assegnati dal terapeuta ($c^2=6,02$; $P=0,049$). La durata del trattamento è inoltre risultata significativamente maggiore tra i pazienti non DO ($c^2=22,96$; $P=<0,001$).

Non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda il genere, l'età, lo stato civile, la condizione abitativa, il livello educativo, la condizione lavorativa, la presenza o meno di un precedente trattamento, il punteggio VGF all'inizio della terapia, il

Tabella 3. Predittori della probabilità di interrompere il trattamento in maniera inappropriata nella terapia cognitiva.

Variabili	Odds Ratio	Std. Error	P	95% CI
Esegua gli homework				
No mai	2,70	1,03	0,009	1,28-5,70
Scopo/Obiettivo terapeutico				
Vagamente definito/non definito	3,11	1,19	0,003	1,47-6,59

Figura 1. Curve di sensibilità e specificità in funzione del cutoff.

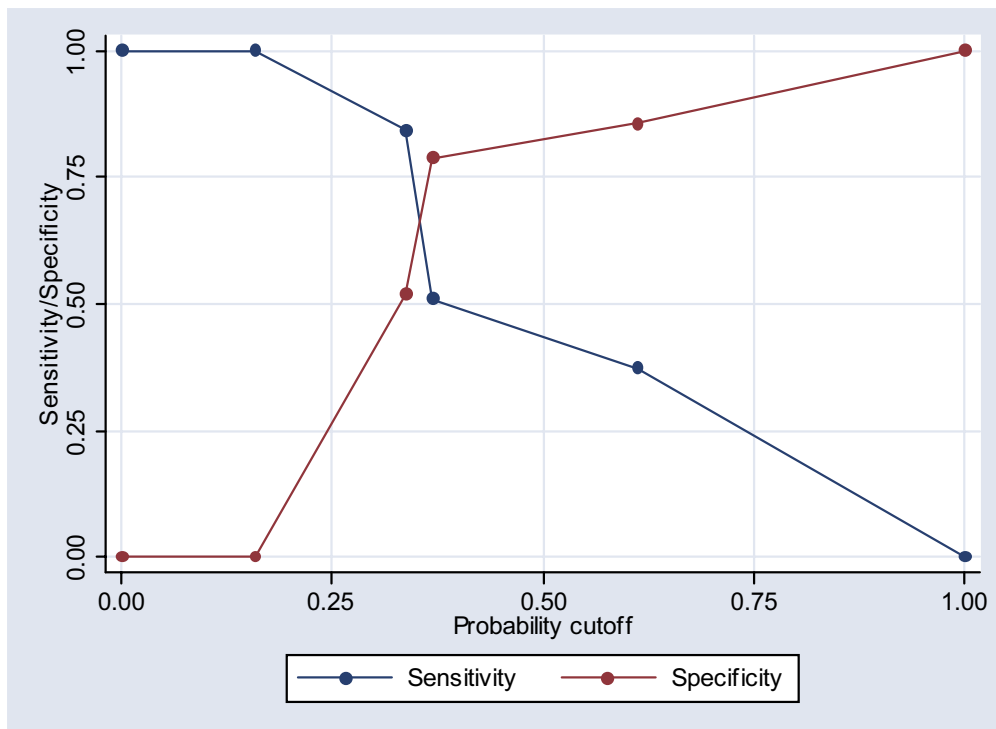
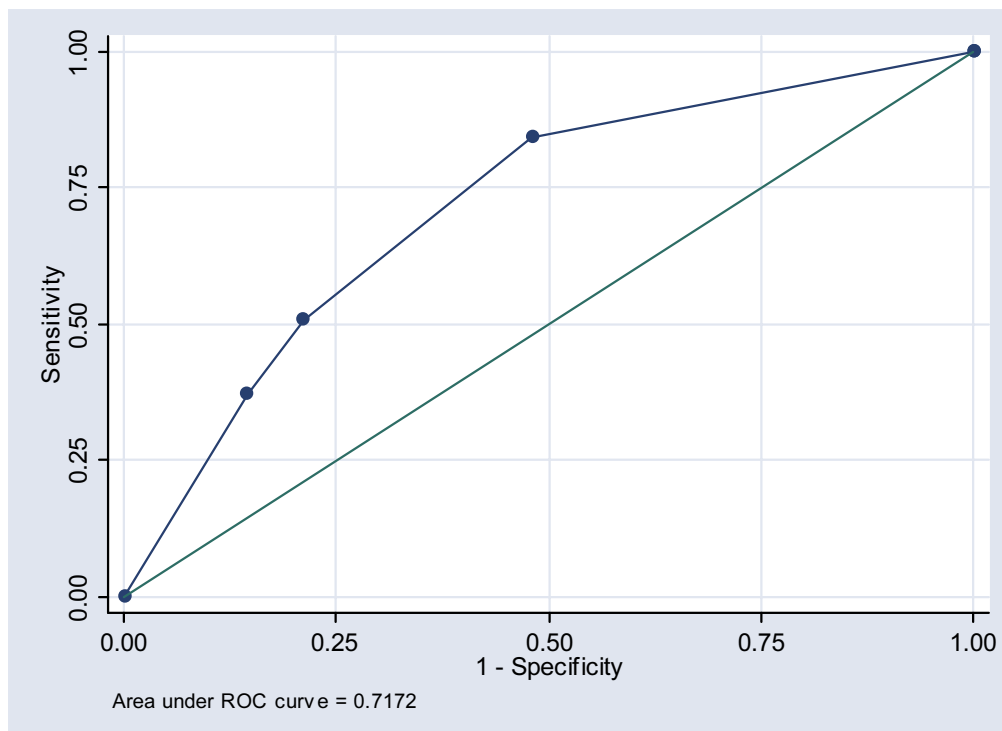


Figura 2. Curva ROC



tipo di setting (pubblico o privato) e il fatto che al paziente fossero stati assegnati o meno degli homework.

Analisi multivariate

Data la scarsa numerosità del campione, per poter eseguire i modelli logistici alcune variabili sono state dicotomizzate (es; Stato civile: Sposati/Non sposati, Invio: Paziente stesso/Altro; Diagnosi: Disturbi in asse primo/Disturbi in asse secondo; Scopo: Definito e accordato con il paziente/Vagamente definito o non definito; Eseguita gli homework: Si sempre, qualche volta/No mai). Le variabili "Durata del trattamento" e "Assegnati homework" sono state escluse a priori dall'analisi perché correlate rispettivamente alla variabile dipendente e alla variabile "Eseguita gli homework".

Sia la regressione *backward* che la *forward* hanno suggerito di far entrare nel modello le variabili: eseguita gli homework, diagnosi, stato civile, scopo. La selezione *bootstrapped stepwise* ha fornito le seguenti percentuali nella selezione delle variabili: eseguita gli homework (86,1%), scopo (63,7%), diagnosi (60,3%).

La Tabella 3 mostra i risultati del modello logistico finale stimato per il rischio di essere un paziente DO (*Pearson's goodness-of-fit test*, $p=0,14$; *Hosmer-Lemeshow test*, $p=0,33$). Il punto di cut-off di massima discriminazione è stato stimato a 0,35. Con una sensibilità del 50,98% ed una specificità del 78,85% il modello classifica correttamente il 69,68% dei casi (Figura 1). L'area sotto la curva ROC è risultata essere 0,72 (Figura 2).

Le variabili eseguita gli homework, e scolo si sono rivelate le uniche variabili in grado di predire il DO in questo campione. In particolare, meno un paziente esegue gli homework più alto è il rischio di DO (quasi tre volte maggiore nel nostro campione). Parimenti, più lo scopo della terapia è chiaramente identificato e definito, minore sarà il rischio di DO.

Discussione

Questo studio, combinando dati socio demografici, clinici e sul trattamento raccolti durante la pratica clinica di dieci psicoterapeuti in formazione presso la medesima scuola di formazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale, aveva lo scopo di identificare le caratteristiche del paziente e del trattamento associate con l'interruzione inappropriata di questo tipo di psicoterapia. Per assicurarci che i pazienti inclusi nel gruppo dei DO fossero solo quelli che avevano interrotto inappropriatamente i contatti con il terapeuta, abbiamo adottato un criterio di inclusione molto restrittivo, (un interruzione veniva considerata "non appropriata" quando, nonostante non ci fossero state né una risoluzione/remissione clinica del disturbo o problematica che avevano portato il paziente in terapia, né un accordo tra terapeuta e paziente sull'interruzione del trattamento, quest'ultimo interrompeva i contatti con il terapeuta).

Un punto di forza di questo studio è quello di aver preso in considerazione anche i pazienti trattati in ambito privato. Questo lo differenzia dalla maggior parte degli studi precedentemente condotti in questo settore che non includono normalmente i dati provenienti da queste fonti. Inoltre in questo studio il setting (privato o pubblico) in cui erano stati visti i pazienti è stato inserito come potenziale variabile predittiva dell'interruzione inappropriata del trattamento.

Un limite di questo studio è che le modalità con cui sono stata raccolte le informazioni relative ai pazienti (chiedendo ai terapeuti di revisionare le loro relazioni anamnestiche e cliniche sui pazienti) introduce la possibilità del *recall bias* (Mancini e Gangemi 2002) da parte dei terapeuti, soprattutto per quanto riguarda le variabili meno operazionalizzabili.

Trattandosi di uno studio caso controllo inoltre, non è stato possibile ottenere i tassi di pazienti DO rispetto al totale.

Variabili associate all'interruzione inappropriata del trattamento

Il nostro risultato che associa il DO con il fatto di non arrivare in terapia per volontà propria ma per esservi stati inviato da altri può essere spiegato per mezzo dei diversi tipi di motivazione con cui il paziente si avvicina al trattamento. Questa motivazione può essere differenziata in intrinseca ed estrinseca e solo la prima è un importante componente dell'alleanza terapeutica che porta poi a portare a termine il trattamento una volta iniziato (Lis 1993). Un altro risultato dell'analisi univariata dimostra come i pazienti DO abbiano una durata del trattamento più breve rispetto agli altri pazienti. Se da un lato questo risultato appare scontato, dato che chi non porta a termine il trattamento attende ad un minor numero di sedute rispetto a chi lo conclude, dall'altro dimostra come il drop-out si verifichi prevalentemente nelle prime fasi del trattamento.

to. Nel nostro studio abbiamo classificato il numero delle sessioni terapeutiche effettuate in 1, da 2 a 14 e più di 14. Questo in quanto studi precedenti hanno dimostrato come la maggior parte delle interruzioni si hanno dopo la prima seduta e in quella che è stata definita *failure zone*, ossia tra la seconda e la decima seduta (Baekeland e Lundwall 1975). Il nostro studio ha confermato queste teorie. La durata di una terapia cognitiva è chiaramente determinata da diversi fattori (la gravità del problema, la motivazione del paziente, lo stabilirsi di una buona relazione terapeutica, ecc.), ma generalmente il periodo di trattamento è breve e, nella maggior parte dei casi, è costituito da 12/20 sedute. Una durata più lunga è prevista per pazienti affetti da patologie più gravi come i disturbi di personalità. Il nostro studio ha confermato questo assunto in quanto i pazienti considerati DO dopo la quattordicesima seduta erano per il 66% affetti da disturbi di personalità o disturbi dell'alimentazione. Rispetto allo stato clinico, i nostri risultati che mostrano come i pazienti DO avessero con maggiori probabilità disturbi dell'alimentazione e di personalità e con minori probabilità disturbi d'ansia e somatoformi sono supportati dalla letteratura precedente (Rossi et al. 2000; Walzer 1997; Steel et al. 2000; Fassino et al. 2002; Chiesa et al. 2000).

Le variabili che differenziano maggiormente i due gruppi si sono rivelate comunque quelle inerenti il trattamento, in particolare, meno un paziente esegue gli homework più alto è il rischio di DO e più lo scopo della terapia è chiaramente identificato e definito, minore sarà il rischio di DO. Queste variabili non sono state prese in considerazione dalle ricerche precedenti. Il fatto che siano risultate le caratteristiche maggiormente significative nel confronto tra i due gruppi può quindi essere considerato un risultato originale di questo studio.

Predittori dell'interruzione inappropriata del trattamento

Applicando un'analisi multivariata per identificare i predittori del DO le variabili inerenti il trattamento sono diventati gli unici predittori di questo fenomeno. Questi risultati supportano empiricamente l'idea, presente nella teoria cognitivista, che gli scopi del trattamento dovrebbero venire apertamente discussi e concordati con il paziente da parte del clinico all'inizio del trattamento. In questo studio è stato dimostrato che questa prescrizione ha un valore sia per motivi inerenti la tecnica stessa, sia per limitare il fenomeno del DO che può venir considerata una delle variabili di esito più importanti o quanto meno tra le più misurabili.

Anche i problemi inerenti il lavoro da fare tra una seduta e l'altra si sono dimostrati determinanti rispetto all'esistenza stessa del trattamento. Questo studio fa emergere l'importanza del lavoro fatto a casa dal paziente, non solo come mezzo di cambiamento, ma anche come indicatore di una possibile interruzione inappropriata della terapia. Secondo Henry e Strupp (1994) la volontà e l'abilità dei pazienti di coinvolgersi attivamente nel processo di trattamento sembra essere un fattore cruciale nell'alleanza terapeutica. Problemi che dovessero insorgere in quest'area dovrebbero quindi venir apertamente discussi con il paziente, anche per evitare un precoce abbandono del trattamento stesso.

I risultati di questo studio indicano quindi come queste due variabili inerenti il trattamento dovrebbero essere tenute in seria considerazione nella realizzazione di linee-guida per la prevenzione dell'interruzione inappropriata della terapia cognitiva. L'identificazione di pazienti ad alto rischio di DO potrà aiutare i clinici ad identificare questi pazienti e fornire loro programmi di intervento costruiti *ad hoc* per aumentare l'aderenza al trattamento o per lo meno a strutturare le prime sessioni con la consapevolezza che il paziente non rimarrà in terapia per molto tempo.

Bibliografia

- Bados A, Balaguer G, Saldana C (2007) The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585-592.
- Baekeland F, Lundwall L (1975) Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin* 82, 738-783.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G (1979) *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford, New York.
- Beck NC, Lambert J, Gamache M, Lake EA, Fraps CL, McReynolds WT, Reaven N, Heisler GH, Dunn J (1987) Situational factors and behavioral self-predictions in the identification of clients at high risk to drop out of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 511-520.
- Chiesa M, Drahorad C, Longo S (2000) Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 107-111.
- 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* 39, 4, 371-82.
- Derksen S, Keselman H (1992) Backward, forward and stepwise automated subset selection algorithms: Frequency of obtaining authentic and noise variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 45, 265-282.
- Fassino S, Abbate-Daga G, Piero A, Leombruni P, Rovera GG (2003) Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. *Psychotherapy and Psychosomatic* 72, 203-210.
- Fassino S, Daga GA, Piero A, Rovera GG (2002) Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatic* 71, 200-206.
- Gavino A, Godoy A (1993). Motivos de abandono en terapia de conducta [Reasons for dropout in behaviour therapy]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 311-336.
- Gould W (2000) Interpreting logistic regression in all its forms. *Stata Tech Bulletin* 53: 19-29
- Henry WP, Strupp HH (1994) The therapeutic alliance as a interpersonal process. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: theory, research and practice* (pp. 51-84). New York: Wiley.
- Hunt C, Andrews G (1992) Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85, 275-278.
- Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br.J.Psychiatry* 176, 160-165.
- Kline J & King M (1973) Treatment Dropouts from a Community Mental Health Center. *Community Mental Health Journal* 9, 354-360.
- Levinson P, McMurray L, Podell P & Weiner H (1978) Cause for the premature interruption of psychotherapy by private practice patients. *American Journal of Psychiatry* 135, 826-830.
- Lis A (1993) *Psicologia clinica: problemi diagnostici ed elementi di psicoterapia*. Firenze, Giunti, 1993.
- Mancini F & Gangemi A. (2002) Ragionamento e irrazionalità. In *Fondamenti di cognitivismo clinico* (ed. Bollati Boringhieri), pp. 156-199. Torino.
- Persons, J.B, Burns, D D, & Perloff, JM (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-575.
- Pekarik G (1983) Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Clinical Psychology* 39, 909-913.
- Percudani M, Belloni G, Contini Am Barbui C (2002) Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 180, 254-259.

Il Drop-out nella terapia cognitivo-comportamentale

- Phillips M, Ali H (1983) Psychiatric Patients who discharge themselves against medical advice. *Canadian Journal of psychiatry* 28, 202-205.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47, 1102-1114.
- Prochaska JO, DiClemente CC (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consultant and Clinical Psychology* 51, 390-395.
- Robin A (1976) Rationing out-patients: a defence of the waiting list. *British Journal of Psychiatry* 129, 138-141.
- Robins L, Wing J, Wittchen H., Helzer J, Babor T, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier D (1988) The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archive of General Psychiatry*, 1069-1077.
- Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G, Tansella M (2002) Dropping out of care: inappropriate termination of contact with community-based psychiatric services. *Br J Psychiatry* 181: 331-338.
- StataCorp (2001) Stata Statistical Software: Release 7.0. College Station, TX: Stata Corporation
- Steel Z, Jones J, Adcock S, Clancy R, Bridgford-West L, Austin J. (2000) Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 28, 209-214.
- Tehrani E, Krussel J, Borg Lm Munk-Jorgensen P (1996) Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first admission cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 94, 266-271.
- Trepka C (1986) Attrition from an out-patient psychology clinic. *British Journal of Medical Psychology* 59, 181-186.
- Walzer (1997) Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behavior therapy for bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 35-41.
- Westbrook D, & Kirk, J (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243-1261.
- Young A, Grusky O, Jordan Dm Belin T (2000) Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Psychiatric Services* 51, 85-91.

Corrispondenza: Dr. Alberto Rossi. Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Policlinico G.B. Rossi, Piazzale L.A. Scuro 10, 37134 Verona, Italia. E-mail: alberto.rossi@medicina.univr.it