

IL DROP-OUT NEI DISTURBI DI PERSONALITÀ: UNA REVIEW SUGLI STUDI DEGLI ULTIMI VENTI ANNI

Katia Aringolo

Cultrice della Materia presso Università La Sapienza Facoltà Psicologia 2 - Sinapsy, S.r.l. Studio di Neuropsicologia III Centro di terapia Cognitiva - V Centro di terapia Cognitiva

Riassunto

Questo articolo propone una riflessione teorica sul concetto di drop-out, confrontandolo con le diverse definizioni riportate dalla letteratura degli ultimi venti anni. Si esamina poi il fenomeno del drop-out nella psicopatologia dei disturbi di personalità e viene descritta l'articolazione del fenomeno nei disturbi di asse II, alla luce del tipo di intervento applicato e dei tassi di manifestazione. Si illustrano, infine, le possibili determinanti del fenomeno ed i probabili fattori protettivi.

Parole Chiave: *drop-out, disturbi di personalità, fattori predisponenti e protettivi*

THE DROP-OUT IN PERSONALITY DISORDERS: A REVIEW OF STUDIES OVER THE LAST TWENTY YEARS

Summary

This article proposes a theoretical reflection upon the concept of drop-out, by comparing it with the different definitions reported in literature over the last twenty years. It looks over the phenomenon of drop-out in the personality disorders' psychopathology and describes the articulation of the phenomenon in the Axis II disorders, according to the kind of intervention applied and to the manifestation rate. Finally, it sets out the possible roots of the phenomenon and the most likely protective factors.

Key Words: *drop-out, personality disorders, predisposition and protective factors*

Il drop-out e le sue definizioni

Affrontare il tema del drop-out nei disturbi di asse II, così come in quelli di asse I, implica il confronto con le diverse definizioni di drop-out riscontrate nella letteratura.

Le rassegne di studi sul drop-out, condotte da Garfield, Reis e Brown, Wierzbicki e Pekarik (citati in Thormählen 2003), sottolineano quanto sia difficile pervenire ad un'unica definizione del fenomeno drop-out. Wierzbicki e Pekarik (1993) dopo aver effettuato una meta-analisi su 125 studi, relativi ad un arco temporale che va dal 1974 al 1990, hanno cercato di raggruppare le varie definizioni di drop-out, riscontrate nei diversi studi ed hanno rilevato tre diverse modalità di definire il drop-out; in seguito hanno osservato che i tassi di drop-out si differenziano in modo significativo in relazione alla diversa definizione di drop-out.

La meta-analisi condotta da Wierzbicki e Pekarik nonostante sia una ricerca non più recente, non può non essere citata, poiché ancora oggi rappresenta uno studio piuttosto rilevante nel campo delle ricerche volte a sistematizzare le diverse definizioni di drop-out. Dalla meta-analisi è emerso che il drop-out si può definire come terminare la terapia prima di aver frequentato tutte le sedute previste, oppure in relazione al giudizio del terapeuta, che può ritenere che quel paziente ha terminato prematuramente la terapia, o infine facendo riferimento al numero di sedute frequentate. La meta-analisi ha anche consentito di rilevare che in tutti quegli studi in cui si definisce il drop-out come terminare una terapia prima di aver frequentato tutte le sedute previste, la frequenza del drop-out è più elevata rispetto a quella riscontrata negli studi, che lo definiscono in relazione al giudizio del terapeuta ed al numero di sedute frequentate.

Studi ulteriori inerenti il drop-out (Svettini, Gimosti, Ferri et al. 1998) evidenziano che le diverse definizioni di drop-out si associano ad una terminologia specifica che è alternativa a quella tout court denominata “drop-out”. Il termine drop-out può essere quindi sostituito con delle espressioni, che variano al variare della definizione di drop-out. Si ritiene pertanto opportuno, riportare, così come sono state riscontrate nella letteratura, le diverse definizioni di drop-out e le denominazioni associate a ciascuna di esse

Alcuni autori come Richmond (1992) parlano di *Engagers e Non Engagers* ed indicano con il primo termine, l’inizio di una psicoterapia e la sua successiva interruzione, mentre con il secondo fanno riferimento ad un’interruzione, che avviene durante la fase di assessment, prima quindi che abbia avuto inizio una psicoterapia. Molti sono invece gli autori, che usano l’espressione *Early drop-out*, ma non concordano sulla definizione da attribuire ad essa; c’è chi come Garfield (1994), utilizza il termine *Early drop-out* per riferirsi ad un’interruzione del trattamento, che avviene prima dell’ottava seduta, mentre altri (Elkin 1989) sostengono che l’*Early drop-out* coincida con l’interrompere la terapia entro il primo mese di trattamento o ancora si ritrova chi come Svettini, Gimosti et al. (1998) ritengono più appropriato parlare di *Early drop-out* quando s’interrompe la terapia entro la quarta seduta. Studi più recenti (Chiesa, Drahord e Longo 2000) sostengono che l’*early drop-out* sia quella fine del trattamento, che avviene alla quattordicesima settimana e senza che ci sia un accordo tra paziente e terapeuta sull’interruzione. Lingiardi et al. (2005) usano invece l’espressione *early drop-out* per riferirsi ad un’interruzione del trattamento che può avvenire in qualsiasi fase della terapia, ma che è caratterizzata da una decisione di interruzione del trattamento presa dal paziente senza comunicarla al terapeuta.

Secondo alcuni studiosi (Frayn 1992; Siqueland et al. 2002) quando l’interruzione si verifica dopo l’ottava seduta è preferibile usare l’espressione *late drop-out* anziché di *early drop-out*.

Baruch et al. (1998) usano invece il termine di *Non completers*, per descrivere l’avvenuta interruzione del trattamento e quello di *Early termination* o di *Late termination* per specificare la fase della terapia in cui avviene l’interruzione; si parla di *Early termination* se si interrompe la terapia dopo la prima seduta o prima della sesta seduta, mentre l’espressione *Late Termination* coincide con il concludere il trattamento dopo la quinta seduta o prima della ventunesima. Baruch, sottolinea che sia nell’*early termination* che nella *late termination* non si assiste ad un accordo tra paziente e terapeuta sulla prematura interruzione e ritiene che sia opportuno parlare di *continuation* quando si prosegue la terapia.

In ultima analisi, ma non per questo meno importante, si riscontrano i termini *Negotiated Drop-out* e *Unnegotiated drop-out*. La prima espressione indica che il trattamento può terminare dopo che il paziente ha fornito una spiegazione dei motivi dell’interruzione, mentre la seconda è utilizzata quando il paziente non fornisce una spiegazione delle motivazioni dell’interruzione del trattamento (Holmes 1983).

Un’attenta lettura delle diverse definizioni di drop out consente di operare un distinguo tra di esse in relazione a due diverse tipologie di variabili. Una variabile orienta la distinzione delle

definizioni sul piano temporale e va a sottolineare quindi il *quando* dell'accadere del fenomeno, mentre la seconda variabile è attenta a delineare la *modalità* con cui l'interruzione del trattamento si verifica. Un'analisi delle definizioni di drop-out, alla luce delle due variabili sopra citate consente di raggruppare la gran parte di quelle meno recenti entro la variabile temporale (solo quella di Holmes menziona le modalità di interruzione), mentre quelle più recenti o inglobano entrambe le variabili (si veda la definizione di *early drop-out* di Chiesa) o solo quella sulle modalità, esemplare è quella di Lingiardi e coll. (2005); tali autori nell'elaborare la definizione di drop-out riprendono quanto sostenuto da Gunderson et al. (1989), secondo cui il drop out è da intendersi come una fine prematura del trattamento, che si attua senza un previo accordo tra paziente e terapeuta ed avviene in un qualsiasi momento del trattamento. Per Lingiardi così come per Gunderson non ha alcuna importanza fare riferimento alla seduta in cui la terapia termina, ma a quell'interruzione caratterizzata dalla mancata comunicazione al terapeuta del voler porre fine al trattamento.

Un discorso a parte va fatto rispetto a quanto sostenuto da Holmes (1983), secondo cui il modo in cui le persone fanno drop-out varia da individuo ad individuo egli giunge quindi a rilevare un distinguo tra chi fa un drop-out negoziandolo con il terapeuta e chi invece non lo negozia. Holmes nell'effettuare questa distinzione riprende quanto sostenuto da Baekeland e Lundwall (1975), i quali descrivono due stili di drop-out e li denominano: "*discharge against medical advice*" ed "*elopement*" (fuga). L'uno definisce il drop-out frutto di una negoziazione tra paziente e terapeuta, l'altro al contrario descrive quel tipo di drop-out che non viene negoziato.

Come chiosa sugli studi relativi alle definizioni di drop-out, si riportano le ricerche di Silverman e Beech (citati in Svettini 1998) secondo cui il drop-out non deve e non può essere considerato soltanto come un fallimento terapeutico.

I tassi di drop-out nei disturbi di personalità

La letteratura sul drop-out nei disturbi di Personalità presenta dei tassi di manifestazione del fenomeno piuttosto elevati. Nell'analizzare gli studi sul fenomeno drop-out nei disturbi di asse II, occorre precisare non solo che in alcune ricerche la diagnosi di disturbo di personalità è in comorbidità con un disturbo di asse I ma anche che non in tutte le ricerche i diversi disturbi di personalità sono oggetto di studio. La mancata rappresentatività dei singoli disturbi di asse II nei diversi campioni oggetto della presente review, può costituire un limite della review stessa e dei singoli studi presi in esame, ma è necessario inoltre tener presente quanto sia difficile, nella pratica clinica, disporre di un pool di pazienti, che sia rappresentativo per ciascun disturbo di asse II con una numerosità statisticamente significativa per far ricerca.

I dati presenti nella letteratura sui tassi di drop-out nei disturbi di personalità, vengono descritti distinguendo due categorie di percentuali: quelle ricavate dagli studi che hanno distinto i disturbi di asse II in cluster e quelle emerse dalle ricerche che non distinguono i disturbi di personalità in cluster.

La nosografia dei disturbi di asse II e le percentuali di interruzione del trattamento

Dalla letteratura (Thormählen 2003) emerge che i pazienti con diagnosi di asse II tendono ad interrompere la psicoterapia con una percentuale che va dal 30% al 60% dei casi, mentre quando il programma di intervento è il trattamento ospedalizzato, il tasso di drop-out subisce delle modifiche e diviene pari al 44%-66% (Skodol et al. 1983; Gunderson et al.1989; Kelly et al. 1992).

Nell'analizzare studi condotti sul disturbo Borderline di personalità si riscontrano tassi di drop-out un po' diversi rispetto a quelli sopra riportati; tali studi evidenziano una percentuale di interruzione del trattamento compresa tra *un tasso minimo del 43% ad un tasso massimo del 67%* (Frieswyk, Gabbard, Horowitz et al. 1994; Gunderson 2001; Lingiardi et al. 2005). Questi studi riguardano prevalentemente trattamenti ad indirizzo psicodinamico. Un recentissimo studio di Giesen-Bloo et al. (2006) condotto anch'esso soltanto su pazienti borderline evidenzia invece che il tasso di drop-out in tali pazienti può anche ridursi al di sotto del 43%, qualora il trattamento a cui sono sottoposto sia la terapia cognitiva integrata (SFT, Schema-focused therapy).

Autori come Garfield (1994) ed Elkin et al. (1989), focalizzano l'attenzione sulle fasi in cui avviene il fenomeno del drop-out nei disturbi di personalità, riportano quindi tassi di drop-out che si discostano da quegli studi che lo considerano tout court una interruzione del trattamento. Gli studi di Garfield, rivelano dunque un tasso di drop-out pari al 50% e la tipologia di drop-out a cui fa riferimento è denominata *early drop-out* e si tratta di quel tipo di *early drop-out*, che avviene prima dell'ottava seduta. Gli studi invece di Elkin (1989), sostengono che ben il 44% di drop-out si manifesta entro il primo mese di trattamento ed anche lui parla di *early drop-out*.

Come affermato da Wierzbicki e Pekarik (1993) ad una diversa definizione di drop-out corrisponde un diverso tasso di manifestazione del fenomeno, questo è un dato che non può essere considerato nell'esaminare il fenomeno del drop-out.

Nell'esaminare le ricerche sui tassi di drop-out nei soggetti con diagnosi di asse II, considerati nella loro suddivisione in cluster, si riscontrano delle percentuali di interruzione del trattamento, che variano a seconda del singolo cluster, del singolo disturbo di personalità e del tipo di trattamento; si ritiene quindi opportuno ai fini di una chiara esposizione dei risultati, riportare i tassi di drop-out facendo riferimento a ciascuna ricerca.

Si analizzano di seguito le singole ricerche.

Wolwer et al. (2001) hanno effettuato uno studio su di un campione di 120 pazienti, di età media 42 anni; di cui 47 senza disturbo di personalità e ben 73 con un disturbo di personalità (61% con disturbo di personalità). I disturbi di personalità si distinguono in disturbo borderline (4%), antisociale (8%), dipendente (13%), non altrimenti specificato (10%). Tutto il campione è costituito da alcolisti ed alcuni presentano anche un deficit cognitivo. Tutti sono stati sottoposti a terapia solo dopo una disintossicazione e sono stati assegnati in modo random a tre diversi gruppi di trattamento rispettivamente: CBT (cognitive behavioural therapy), SST (social skills training) e ST (unspecific supportive treatment). Dalla ricerca è emerso che il 34% dei soggetti ha manifestato *early drop-out* (dopo 3 mesi dalla terapia) mentre il 37% un *late drop-out* (dopo 6 mesi). L'*Early drop-out* risulta associato al disturbo Borderline, a quello Antisociale ed al deficit cognitivo nella memoria verbale e nelle funzioni visuomotorie; il *late dropout* pur se è sempre associato al disturbo Borderline ed a quello Antisociale, non è però associato al deficit cognitivo.

Tra le tre tipologie di trattamento a cui i soggetti sono stati sottoposti l'unspecific supportive treatment (che consiste in counseling, gruppi di self-help, interventi sulla crisi a richiesta del paziente, meetings organizzati dai pazienti stessi, terapia di sostegno) è risultato essere il programma d'intervento che determina un più elevato tasso di drop-out.

Chiesa, Drahorad e Longo (2000) hanno invece esaminato un gruppo di 134 soggetti aventi quasi tutti un disturbo borderline di personalità, tutti ammessi a frequentare il "Cassel Hospital" di Londra, ove sono assegnati, a seconda della loro residenza, a due diverse tipologie di programma. I due tipi di programma d'intervento prendono il nome di *one-stage programme* e *two-stage programme*. I due modelli di programma prevedono una combinazione di terapia di gruppo e di una terapia individuale, di due volte a settimana; la durata di permanenza in ospedale e la modalità di monitoraggio adottata una volta terminato il trattamento in ospedale è diversa a seconda del programma. Nell'*one-stage programme* si rimane un anno in ospedale e non viene effettuato

Il drop-out nei disturbi di personalità

un follow-up; nel *two-stage programme* il trattamento ospedaliero ha una durata pari a sei mesi ed è seguita da diciotto mesi di terapia volta a sviluppare le abilità sociali.

I tassi di drop-out, che scaturiscono da questo studio hanno evidenziato che il 32% dei pazienti (età media pari a 33 anni) manifesta *early drop-out* (lascia quindi l'ospedale entro la 14[°] settimana) e di questi 22 soggetti presentano un disturbo borderline di personalità. Il *late drop-out* (lasciare l'ospedale dopo la 14[°] settimana) è invece agito solo dal 11% dei pazienti.

Due pazienti si suicidano mentre il 57% termina il trattamento, questi pazienti hanno un'età media di 31 anni.

I pazienti inseriti nel *two-stage programme* rispetto a quelli che sono stati sottoposti al *one-stage programme* hanno manifestato una minore percentuale di drop-out; questo dato è stato spiegato dagli autori con il fatto che nel *one-stage programme* non viene effettuato un lavoro sui conflitti emozionali.

Chiesa e gli altri hanno inoltre rilevato che i pazienti con un disturbo borderline di personalità, che hanno fatto drop-out avevano tutti una bassa scolarità ed una professione, che richiedeva un'abilità manuale.

Giesen-Bloo et al. (2006), hanno svolto uno studio solamente su un gruppo di 88 pazienti borderline, in gran parte femmine, di età compresa tra i 18 ed i 60 anni, con un alto livello d'istruzione (laurea) e con un lavoro, che a causa del loro disagio psichico hanno dovuto lasciare. Il gruppo di pazienti è stato suddiviso in due gruppi, ciascuno sottoposto in modo random a due differenti trattamenti, che richiedevano una frequenza di due volte alla settimana per tre anni. Ciascun trattamento era preceduto da due mesi di assessment in modo da escludere tutti coloro che non avevano un disturbo borderline e manifestavano invece un disturbo dissociativo, un disturbo bipolare, un disturbo di iperattività (pur se in età adulta), un ritardo mentale ed un disturbo di personalità antisociale. Quest'ultimo è stato escluso poiché uno dei suoi sintomi, quale il mentire è ritenuto dagli autori un aspetto invalidante il trattamento psicodinamico. Ogni terapeuta aveva una supervisione una volta alla settimana mentre ogni quattro mesi avveniva una supervisione dell'intero team di psicoterapeuti.

Uno dei due gruppi è costituito da 45 pazienti, che seguono una terapia cognitiva integrata (SFT, Schema-Focused Therapy) secondo il modello proposto da Young (1994), Beck, Freeman, Davis (2004). Il secondo gruppo è invece rappresentato da 43 pazienti, che effettuano un trattamento psicodinamico (TFP, Transference-Focused Psychotherapy) secondo le impostazioni teoriche di Clarkin, Yeomans, Kernberg (1999 e 2002). Il trattamento SFT risulta più efficace rispetto a quello psicodinamico sia per quanto concerne il fenomeno del drop-out sia in relazione al quadro clinico psicopatologico generale. Nello specifico del quadro clinico i pazienti borderline sottoposti a trattamento cognitivo integrato riportano (stando ai dati ricavati dal self-report Borderline Personality Disorder Severity Index, quarta versione, BPDSI-IV) un miglioramento nella gran parte dei sintomi; si verifica una riduzione delle paure abbandoniche, dell'impulsività, delle ideazioni paranoide e dei sintomi dissociativi e si assiste sia ad un incremento delle capacità di controllo della rabbia sia ad una maggior stabilità delle relazioni interpersonali e della percezione di sé. Il fenomeno del drop-out si articola dunque secondo una dinamica che varia al variare del tipo di trattamento a cui i due gruppi di pazienti sono sottoposti. Il gruppo costituito dai 45 pazienti sottoposti a SFT evidenzia che il 13,6 % dei soggetti termina il trattamento entro i tre anni, mentre ben il 61% dei pazienti lo prosegue e soltanto il 25,4% interrompe la psicoterapia. Le motivazioni del drop-out sono risultate essere le seguenti:

- il paziente non ripone più fiducia nel trattamento o nel terapeuta (6 pazienti);
- lo scompenso psicotico del paziente (2 pazienti);
- il deterioramento di alcune componenti somatiche del paziente (1 paziente);
- il ritenere necessario ricoverare il paziente (1 paziente);

- il paziente considera il setting terapeutico SFT limitato (2 pazienti).

Il gruppo composto dai 43 pazienti che seguono invece un percorso psicoterapeutico del tipo TFP, riporta un tasso di drop-out più elevato rispetto al gruppo di pazienti sottoposto alla Schema-Focused Therapy. Il 50% dei pazienti manifesta un drop-out mentre il 45,2% continua la psicoterapia psicodinamica e soltanto il 4,8% termina il trattamento entro i tre anni previsti dallo studio. Le ragioni inerenti il drop-out riscontrato nei 22 pazienti sottoposti alla TFP, sono così articolate: 10 pazienti non avevano più fiducia nel trattamento o nel terapeuta, 4 pazienti hanno richiesto loro stessi un ricovero, 3 pazienti hanno deciso di interrompere il trattamento, 2 pazienti dopo l'assessment decidono di non proseguire, 2 pazienti dopo l'assessment non si presentano né è stato possibile rintracciarli, infine i terapeuti ritengono, dopo l'assessment, che un paziente non debba effettuare il trattamento,

Le spiegazioni sulla migliore efficacia del trattamento SFT sono state rintracciate dagli autori in tre ipotesi: 1) la trasparenza del modello; 2) le tecniche e le strategie del modello teorico; 3) l'attenzione alla relazione terapeutica. Ciascuna di queste ipotesi, sottolineano però gli autori, deve essere oggetto di studi e ricerche poiché il presente studio ha avuto come scopo quello di indagare l'efficacia dei due trattamenti sul drop-out e sul quadro clinico, ma non ha indagato quali siano le determinanti che rendono il trattamento SFT più efficace rispetto a quello TFP.

Lingiardi et.al (2005), hanno condotto una ricerca su 47 pazienti di età media 29 anni, di cui 31 femmine e 16 maschi tutti sottoposti a psicoterapia Individuale Espressivo-Supportiva.

Il campione è così costituito:

12 pazienti appartenenti al cluster A (paranoide, schizoide, schizotipico);

15 pazienti appartenenti al cluster B (borderline, antisociale, narcisista, istrionico);

20 pazienti appartenenti al cluster C (evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo).

I risultati hanno evidenziato che il 21% dei pazienti termina la terapia entro i primi due mesi (definiscono tale drop out come *early drop-out*).

I pazienti appartenenti ai diversi cluster vengono comparati tra di loro al fine di analizzare il tasso di drop out nei tre diversi cluster. I dati emersi hanno rilevato che il cluster B, unitamente al cluster A sono i più esposti a drop-out e la spiegazione che gli autori apportano a tale fenomeno è da connettersi alla tipologia del cluster. Nello studio non sono riportate le percentuali di drop out specifiche per ogni cluster, ma si citano soltanto i cluster più inclini al fenomeno del drop out e grazie all'uso di uno strumento come la scala Calpas (California Psychotherapy Alliance Scale, Gaston 1991), si è cercato di rintracciare le motivazioni, sottostanti al drop out. Si è quindi rilevato, che i pazienti appartenenti al cluster A, considerano l'alleanza terapeutica un compito arduo data la loro difficoltà. Secondo l'autore costruire un lavoro "*strategico-consensuale*" con il terapeuta per i pazienti del cluster A è difficile e a tal proposito egli afferma: "*Non è sorprendente che non riescano a costruire un lavoro strategico consensuale con il terapeuta.....se si considera che il cluster A è caratterizzato da diffidenza, distacco, rifiuto per le relazioni e da convinzioni che le altre persone sono ostili*" (Lingiardi et.al 2005, pag. 49). I pazienti appartenenti al cluster B invece ricevono valutazioni negative (in particolare nelle sottoscale TUI e PC della scala Calpas) dell'alleanza terapeutica da parte dei terapeuti.

I dati emersi dalle sottoscale WSC (accordo tra paziente e terapeuta sui cambiamenti), TUI (interventi well-timed del terapeuta e sentir pressioni da parte di questi a far cambiamenti) e PC (il paziente ha partecipato alla terapia) della scala Calpas possono essere rappresentativi di informazioni capaci di predire il verificarsi del drop-out. Occorre inoltre precisare, che le valutazioni scaturite dal questionario Calpas sono diverse a seconda se si riferiscono a pazienti che manifestano drop out o che concludono la terapia.

In sintesi in questo studio emerge che i cluster A e B sono quelli più esposti a drop out in quanto per il primo sono i pazienti ad avere un basso punteggio nell'alleanza terapeutica mentre

Il drop-out nei disturbi di personalità

per il secondo sono i terapeuti a riportare un basso punteggio nell'alleanza terapeutica.

Thormahlen, Noren et al. (2003) hanno studiato un campione di 80 pazienti, di cui 25 maschi e 55 femmine, di età media 29 anni, reclutati nelle unità psichiatriche di Stoccolma. Il campione è costituito da:

18 (23%) pazienti appartenenti al cluster A di cui 14 paranoide per gli altri 4 non si conosce la diagnosi;

18 (23%) pazienti appartenenti al cluster B di cui 12 borderline, 4 antisociali e gli altri due non si sa se narcisisti o istrionici;

21 (21%) pazienti appartenenti al cluster C di cui 15 evitanti e 6 ossessivo-compulsivo;

23 (29%) pazienti con disturbo di personalità non altrimenti specificato.

Degli 80 pazienti ben 65 hanno una diagnosi di asse II e 15 invece hanno sia una diagnosi di asse I che di asse II.

Il trattamento previsto è stata la psicoterapia espressivo-supportiva di Luborsky (1984).

Il tasso di drop out è stato del 35% e si tratta di quel tipo di drop-out definito come *Non Completers* e di *Non Engagers*; precisamente si ha che il 25% dei pazienti che manifesta drop-out sono *non engagers* e solo il restante 10% è *non completers*. I *non-engagers* sono più giovani (età media 30 anni) di coloro che terminano il trattamento (i *completers* hanno un'età media pari a 38 anni).

I Cluster A e B hanno un drop-out più alto sia rispetto al Cluster C sia rispetto al disturbo di personalità non altrimenti specificato.

In sintesi si può affermare che se si considera la nosografia psichiatrica del disturbo di asse II facendo riferimento ai singoli cluster si rileva un tasso di drop-out che può andare secondo alcuni autori dal 32%- 34% di *early drop-out* al 37% di *late drop-out* per il cluster B, mentre secondo altri può arrivare al 35% quando si tratta del cluster A e del cluster B considerati insieme e in quest'ultimo caso il 25% di questo 35% manifesta un drop-out del tipo *Non Engagers*, interrompe quindi il trattamento durante l'assessment.

Il tasso di drop-out può scendere sotto il 30% ed arrivare, come riportato da Lingiardi, fino al 21% se il campione è rappresentato per la maggior parte da soggetti appartenenti al cluster C, che come evidenziato dalla presente review sono i meno inclini a fare drop-out.

La percentuale di drop-out può anche divenire inferiore al 30% per i pazienti borderline seguono un trattamento psicoterapico quale la Schema-focused therapy (Giesen-Bloo 2006).

Fattori predittivi e protettivi di drop-out

I diversi contributi apportati dagli studi inerenti la complessa ed articolata tematica del drop out, hanno consentito di delineare unitamente ai tassi di manifestazione del fenomeno, quelle variabili che possono costituire dei fattori predittivi o protettivi di drop out.

È comunque opportuno precisare che la questione dei fattori protettivi e predittivi è piuttosto controversa poiché parlare di fattori di protezione così come di quelli, che possono favorire l'emergere del fenomeno drop-out, apre una complessa ed articolata questione, che comporta il tenere in considerazione il fatto che a volte possono rappresentare due variabili sovrapposte; si può quindi verificare, che la categoria fattori di protezione può essere tale solo se questi sono presenti altrimenti divengono fattori di rischio.

Il drop out e le variabili predittive

In linea con i dati che descrivono la dinamica del drop out nei diversi disturbi di personalità si può rintracciare un insieme di variabili che costituiscono un comune denominatore nella genesi del fenomeno.

Il disturbo **Paranoide** sembra essere quello maggiormente esposto al drop out e pur se non viene specificato a quale tipo drop-out è associato è stato identificato un profilo di personalità di questi pazienti. I soggetti con un disturbo paranoide presentano una storia psichiatrica, un Locus of Control esterno e punteggi elevati in alcuni tratti di personalità, misurati tramite l'Eysenck Questionnaire; tali tratti sono risultati essere: l'estroversione, la temerarietà, "neuroticism" e "criminality".

Soltanto uno studio (Holmes 1983) condotto su un gruppo di adolescenti con diagnosi di disturbo Paranoide e Schizoide di personalità, riporta il tipo di drop out manifestato dai paranoici e si tratta del Drop-out Non-Negoziato. Sempre questo stesso studio ha rilevato che gli adolescenti con un disturbo paranoide ed un *unnegotiated* drop-out, hanno dei genitori che a loro volta hanno un disturbo paranoide, mentre coloro che hanno un *negotiated* drop-out non presentano né un disturbo paranoide né genitori paranoici.

Ulteriori studi rilevano invece che ad essere maggiormente esposto a drop out, intendendo questo come *early drop out*, che si verifica dopo la quattordicesima settimana, è il disturbo **borderline**. I soggetti con un disturbo borderline, che effettuano drop-out, presentano nella gran parte dei casi, un basso livello di istruzione, una giovane età (considerando per giovane età un'età media intorno ai 33 anni) e svolgono una professione che richiede un'abilità manuale. Altre ricerche sul drop-out nel disturbo borderline evidenziano che il **mancato lavoro sui conflitti emozionali** sia da ritenersi, unitamente alle variabili **giovane età, lavoro manuale, basso livello d'istruzione**, uno dei possibili elementi, che contribuiscono a determinare l'origine dell'*early drop out*.

L'*early drop-out* entro la quattordicesima settimana è un fenomeno ricorrente anche nel disturbo di personalità antisociale, che come il borderline appartiene al cluster B. Il cluster B ed il cluster A sono risultati essere quelli più esposti al drop out. Lingiardi (2005) cerca di dare una spiegazione di questo maggior rischio di drop-out per il cluster A e B attraverso uno studio condotto su di un campione in cui sono presenti tutti e tre i cluster; dallo studio emergono due tipi di motivazioni. La prima motivazione può essere rintracciata nel fatto che i soggetti del cluster A, considerano l'alleanza terapeutica un compito arduo per la difficoltà che hanno nel costruire un lavoro "*strategico-consensuale*" con il terapeuta (l'alleanza terapeutica è misurata con la scala Calpas, da cui emergono bassi punteggi nella sottoscala TUI-P, interventi well-timed del terapeuta e sentire pressioni del terapeuta nel fare cambiamenti, ed in quella WISC.P, accordo tra paziente e terapeuta sui cambiamenti). I pazienti del cluster B, hanno invece valutazioni negative rispetto all'alleanza terapeutica da parte del terapeuta, che non crede di poter costruire con questi pazienti un'alleanza terapeutica (in particolare sono bassi i punteggi nella sottoscala TUI-T, "*Gli interventi sono stati tattici e well-timed?*", ed in quella PC-T, "*Il paziente partecipa alla terapia malgrado il doloroso momento?*").

Uno strumento come la scala Calpas, può offrire un valido aiuto nel conoscere la dinamica del drop-out, in modo particolare le sottoscale WISC, TUI possono considerarsi predittive di drop-out. La sottoscala WISC da informazioni sull'accordo tra paziente e terapeuta circa gli obiettivi ed i compiti da raggiungere, mentre la TUI indica l'importanza di usare le tecniche tenendo conto degli aspetti relazionali.

I bassi punteggi rispetto all'alleanza terapeutica, riportati dal terapeuta, sono coincisi con quei pazienti, che hanno fatto drop out, mentre quelli caratterizzati da valutazioni ottimistiche sono associati a pazienti, che non hanno interrotto il trattamento. I pazienti che hanno terminato

il trattamento sono risultati tutti appartenere al cluster C. Il **cluster C** è risultato quello **meno soggetto a drop out**.

In conclusione rispetto al rapporto alleanza terapeutica e drop out si può ritenere che una precoce valutazione dell'alleanza terapeutica sia un valido *predittore di drop-out* come sostenuto da Lingiardi (2005), Gunderson (2001), Luborsky (1994) e Horvath e Greenberg (1994).

Da quanto emerso invece, rispetto allo studio di Wolwer (2001), si evidenzia che un tipo di trattamento, come può essere quello denominato Unspecific Supportive Trattamenti, costituito da counseling, gruppi self-help, interventi sulla crisi a richiesta del paziente, meetings organizzati dai pazienti stessi e terapie di sostegno, costituisca rispetto alla cognitive behavioural therapy ed al social skills training, un trattamento che comporti un tasso di drop-out più elevato. Per quanto concerne il tema del trattamento e la sua influenza sul drop-out, la letteratura pone in luce un elemento su cui è importante effettuare una riflessione e si tratta della necessità di predisporre programmi d'intervento integrati, come può essere quello che prevede un'integrazione tra terapia individuale e quella di gruppo o altre eventuali possibili combinazioni di terapie. Per i pazienti affetti da un disturbo di personalità risulta, stando agli studi ad oggi esistenti, che il non far seguire loro dei trattamenti integrati rappresenti un possibile fattore di per drop out, almeno per i cluster A e B (Wolwer, Schwarz et al. 2001). In linea con gli studi sul trattamento e drop-out si evince che un trattamento effettuato in una struttura residenziale non adeguata ad intervenire sui disturbi di personalità sia da considerare un fattore predittivo di drop out (Svettini, Gimosti et al. 1998).

Focalizzando ora l'interesse sull'età connessa al drop-out nel disturbo di personalità scaturisce che la **giovane età** (30 anni circa) caratterizzi quello che viene denominato *drop-out Non Engagers*, si interrompe quindi il trattamento durante l'assessment (Thormahlen, Noren et al 2003).

Il 65% dei pazienti con disturbo di personalità, che manifesta drop-out secondo uno studio (Thormahlen, Noren et al. 2003) possiede un profilo, misurato con l'Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz et al., 2000), caratterizzato da bassi punteggi nella sottoscala *elevation*, alti in quella denominata *amplitude* e da un tipo di problematica interpersonale rappresentato dalla categoria vendicative. La presenza nei pazienti con disturbo di personalità di bassi punteggi nelle sottoscale *elevation* ed *amplitude* può essere assunta come un indice predittivo di drop-out.

I bassi punteggi nella sottoscala *elevation* e l'innalzamento di quelli della sottoscala *amplitude* possono essere compresi, ai fini del loro legame con il drop-out, facendo riferimento al principio teorico dell'egodistonia di Mancini (citato in Bara 1999); un paziente con un disturbo di personalità, che possiede una determinata problematica interpersonale, ma non la ritiene una difficoltà (quindi ha una bassa *elevation*) può essere stando allo studio sopra citato a rischio di drop-out.

In conclusione i fattori che possono essere considerati predittivi di drop-out possono essere raggruppati nella categoria tipologia di cluster, programma di trattamento e tipologia di trattamento, dati anamnestici (età, tipo di lavoro e livello di istruzione) e potremmo aggiungere quella dell'egodistonia.

Fattori protettivi di drop-out

La review ha anche consentito di evidenziare alcune caratteristiche che possono assurgere a variabili preventive rispetto al fenomeno drop-out. In uno studio di Van Dam-Baggen e Kraaimaat (1986), si è riscontrato un basso tasso di drop-out in pazienti con disturbo borderline di personalità, aventi in comorbidità un disturbo di asse I (quale la fobia sociale); questi pazienti sono stati tutti sottoposti ad un programma di trattamento, che prevede la partecipazione ad un gruppo di social skills training e la possibilità di usufruire di un ambulatorio psichiatrico "*facilitato*", ove quindi i pazienti possono accedere con facilità a frequentare gruppi di discussione, incontri di

terapia occupazionale, sedute di terapia farmacologica e “*patient staff meetings*”. Solamente il 21% dei pazienti (quindi 20 su 96) ha avuto un drop-out; ciò per gli autori sta ad indicare che è efficace per limitare il drop-out l’approntare dei **modelli d’intervento integrati, almeno per i pazienti che hanno un disturbo borderline**. A tal proposito occorre riportare lo sia lo studio di Fassone, Ivaldi e Rocchi (2003) che quello di Giesen-Bloo et. al. (2006). Secondo lo studio di Fassone et al. il programma di trattamento, definito dagli autori stessi *terapia integrata individuale e gruppo secondo il modello cognitivo-evoluzionista*, costituisce un tipo di intervento integrato che determina una riduzione del drop-out; la percentuale di drop-out evidenziata da tale lavoro è risultata pari al 15% del totale (solo sei pazienti su quaranta fanno drop-out). La ricerca di Giesen-Bloo et. al. (2006), pone in evidenza l’efficacia della *psicoterapia cognitiva integrata (Shema-focused therapy)* nella riduzione del tasso di drop-out nei pazienti borderline ed inoltre delinea i cambiamenti che tale trattamento apporta in molti degli aspetti caratteristici della psicopatologia del borderline.

Nel parlare dei pazienti con disturbo borderline di personalità ed il loro decorso esistenziale non si può non citare lo studio di Zanarini e colleghi (2003), che dopo uno studio di follow-up della durata di 6 anni, condotto su pazienti borderline, ha evidenziato che la psicopatologia di questi pazienti subisce un miglioramento nel corso naturale della loro esistenza. Si può quindi affermare, secondo gli autori, che il quadro clinico dei **pazienti Borderline** progredisca con il passar del tempo e **l’avanzare dell’età** diviene dunque un fattore protettivo.

Studi ulteriori (sia non molto recenti che attuali) sottolineano invece l’importanza di prestare attenzione alla **struttura residenziale** in cui i pazienti con disturbo di personalità possono venir inseriti per seguire un trattamento. Se le persone affette da un disturbo di personalità sono inserite in strutture dove ci sono anche pazienti con schizofrenia, come evidenziato dalla ricerca di Rossi et al. (2003) e da quella di Sveltini et al. (1998), occorre sia prevedere programmi d’intervento adeguati alle condizioni cliniche dei soggetti con diagnosi di asse II sia trattamenti appropriati per coloro che hanno una diagnosi di schizofrenia.

Lo studio di Sveltini condotto su un campione di 93 pazienti di cui 77 aventi una diagnosi di asse I e di asse II e solamente 14 con una diagnosi di asse II, ha evidenziato una percentuale di drop-out pari al 51,6%. L’alto tasso di drop-out è stato spiegato dall’autore stesso con il fatto che i pazienti erano sottoposti ad interventi mirati alla cura della sintomatologia schizofrenica e non a quella del disturbo di asse II.

Chiesa et al. (2000) in accordo con quanto precedentemente evidenziato da una review condotta da Garfield (1994) ha rilevato che i pazienti con un disturbo borderline di personalità, che hanno un alto profilo professionale (o che svolgono una professione altamente qualificata) e possiedono un alto livello di istruzione hanno una propensione a proseguire la psicoterapia; questo atteggiamento trova la sua genesi secondo Garfield nella capacità di resilienza. I soggetti con **un buon livello di istruzione ed una professione altamente qualificata** sviluppano, secondo l’autore una resilienza, che li conduce a resistere di fronte alle circostanze difficili ed a reagire positivamente alle difficoltà. Nello studio di Chiesa il 32% dei pazienti ha un *early drop-out* e l’11% di quelli che invece hanno un *late drop-out* svolgono un impiego per cui è richiesta un’abilità manuale e possiedono un basso livello di istruzione.

Secondo lo studio di Lingardi et al. (2005) e quello di Giesen-Bloo, (2006) al fine di esercitare un controllo sul drop-out e quindi delimitare le percentuali di manifestazione del fenomeno, è opportuno prima di iniziare il trattamento effettuare un puntuale e non breve **assessment**, in modo da prestare particolare attenzione alle caratteristiche cliniche del paziente sia a quelle che sono le esigenze del terapeuta sul come costruire e mantenere l’alleanza terapeutica. Per gli autori riveste un’importanza fondamentale il definire con precisione la struttura del trattamento che s’intende perseguire quando si lavora con pazienti che hanno un disturbo di personalità ed è ancor

più rilevante se il paziente ha un disturbo borderline. Le differenze riscontrate nelle valutazioni dell'alleanza terapeutica, riportate dai terapeuti e dai pazienti, evidenziano quanto sia importante un precoce e chiaro **riconoscimento da parte del terapeuta delle sue convinzioni circa l'alleanza terapeuta che può costruire con ciascun ciascun paziente**. A tal proposito può essere utile quanto emerso da uno studio di Lingiardi (2005) secondo cui il cluster C, rispetto al cluster B ed A, è meno esposto a drop-out in quanto come emerso dai dati della scala Calpas (California Psychotherapy Alliance Scale, Gaston, 1991), sia il paziente che il terapeuta danno valutazioni positive sulla possibilità di costruire un'alleanza terapeutica a differenza di quanto avviene per gli altri due cluster.

Nello studio di Lingiardi si evince inoltre una correlazione tra **alleanza terapeutica** misurata con la scala Calpas e la Scala SCL-90. Si riscontra una correlazione alla decima seduta (in entrambi pazienti e terapeuti) tra valutazioni negative dell'alleanza terapeutica e le seguenti tre sottoscale del SCL-90: sensitività, psicoticismo e depressione. Questa correlazione è risultata particolarmente significativa nei borderline. L'impatto attribuito ai sintomi misurati dalle tre sottoscale del SCL-90, ed in particolare a quelli afferenti alla sottoscala sensitività, secondo l'autore richiama il concetto di ciclo interpersonale descritto da Safran e Muran (2000b) e pone in evidenza ciò che Safran (1990) sostiene e cioè che l'alleanza è continuamente oscillante nella relazione terapeutica; per Lingiardi quindi l'impatto attribuito ai sintomi (che può essere rappresentato dalle sottoscale del questionario SCL-90 che risultano significative) può essere considerato un'utile finestra sulle dinamiche interpersonali dell'alleanza terapeutica.

In linea con quanto sopra affermato da Lingiardi ci sono i lavori di Safran e Muran (2000a e 2001) secondo cui un programma d'intervento non può non tener conto di un'attenta valutazione degli aspetti cognitivi posseduti dal paziente, di quelli tecnici che il terapeuta intende applicare e di quelli relazionali propri dell'alleanza terapeutica.

Effettuare, prima di iniziare un trattamento, un periodo di osservazione e di valutazione volto ad individuare le esigenze e le condizioni cliniche del singolo paziente è una fase degna di particolare rilievo anche da autori come Svetini et al. (1998).

Un altro elemento che è risultato rappresentativo come fattore protettivo per il drop-out è evidenziato dallo studio di Thormahlen et al. (2003), da cui si evince che la presenza, in un paziente con un disturbo di asse II, di un **elevato disagio interpersonale** può determinare una mancata interruzione del trattamento; questo è dato è in linea con quanto sopra detto a proposito dell'egodistonia.

In sintesi i fattori che possiamo denominare protettivi rispetto al fenomeno drop-out possono anch'essi, come precedentemente effettuato per quelli cosiddetti predittivi, essere raggruppati in categorie che si possono identificare in modelli di trattamento integrato, in strutture residenziali adeguate alla cura dei pazienti con disturbo di personalità, in un assessment che non sia temporalmente breve ma analitico e puntuale nel selezionare il quadro clinico del paziente, in un livello di istruzione elevato, in una professione che non richieda un'abilità manuale ed infine, ma non per questo meno importante, nel prestare attenzione al tipo di alleanza psicoterapeutica che si instaura tra paziente e terapeuta e nel percepire un disagio interpersonale in una intensità che può essere in ogni singolo paziente più o meno marcata.

Appendice

Le tabelle 1 e 2 riportano gli **strumenti** utilizzati nei diversi studi oggetto della review, mentre la tabella 3 descrive gli **interventi terapeutici maggiormente** applicati negli studi inerenti il fenomeno del drop-out.

Tab.1 *Strumenti adottati con campioni di soggetti aventi una diagnosi di Asse II*

Studio	Strumenti
Miller et al. (2004).	PDQ-R (Personalità Disorder Questionnaire) Eysenck Questionnaire HDHQ (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire) LOC (locus of Control) CFSEI (Culture Free Self Esteem Inventory: fornisce le percezioni che l'individuo ha di se in generale, la stima personale di sé e la stima sociale di stesso) Matrici di Raven (intelligenza non verbale) MSI (Multiphasic Inventory) SCQ (Stages of Change Questionnaire, misura gli stadi di cambiamento)
Wolwer et al. (2001).	SCID Assessment neuropsicologico: TMT (trial making test), Wisconsin, CPT (flessibilità cognitiva)
Chiesa et.al. (2000)	SCL-90 + SCID per DSM III Social Adjustment Scale (Weissman, 1975) Global Assessment Scale (Endicott 1976)
Fassone, et al. (2003).	Percentuale di drop-out nel corso del trattamento Motivazione verso il trattamento VGF Numero di gesti o atti autolesivi
Lingiardi, et al. (2005)	CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scale, Gaston, 1991). SCL-90 GAF SCID-II
Thormählen et al. (2003).	<u>IIP</u> (<i>Inventory of Interpersonal Problems</i> , Horowitz, et al, '00, self-reports, fornisce profilo del soggetto in base a tre fattori: Location, misura il tipo di problema interpersonale, 9 sono le categorie "problema"; l'Amplitude, rileva quanto quel problema è diffuso; l'Elevation, valuta il grado di distress). SCID (si valuta l'Indice di Severità Globale, il Tipo Cluster, la Comorbidità con altri DP) GAF
Giesen-Bloo J, Dyck R, Spinhoven P, Tilburg W, et al.(2006)	SCID-II, BPDSI-IV (Borderline Personality Disorder Severity Index); Wais-R; Dissociative Experiences Scale; Dutch Screening List for Attention Deficit Hyperactivity Disorders for Adult.

Il drop-out nei disturbi di personalità

Tab. 2 *Strumenti adottati con campioni di soggetti aventi una diagnosi di Asse I ed Asse II*

Studio	Strumenti
Svettini et al., (1998). <i>Schizofrenia ed un disturbo di Asse II</i>	SANS SAPS BPRS(Brief Psychiatric Rating Scales) CGI GAS (Global assesement of functioning) SC (Scale per valutare il funzionamento sociale)
Van Dam-Baggen et al. (1986). <i>D. Ansia e DBP</i>	SAS (social anxiety schedule) Internal-external locus of control AS (assertive schedule) FSS (FEAR survey schedale)
Baruch et al. (1998). <i>Adolescenti con D.Asse I ed Asse II</i>	Severity of psychosocial stressor, youth self-report form: <i>valuta problemi di comportamento ed emotivi con riferimento alla tendenza ad esternalizzarli o internalizzarli</i> Teacher's self-report form: <i>valuta problemi di comportamento ed emotivi con riferimento alla tendenza ad esternalizzarli o internalizzarli.</i>

Tab. 3 *Trattamenti applicati nei diversi studi presi in esame.*

Studio	Trattamenti
Miller, et al. (2004).	-Terapia di gruppo (non si conosce quale approccio) effettuata in una comunità terapeutica
Wolwer, et al. (2001).	CBT SST (Social Skills Training) ST (Standard Treatment): gruppi self-help, counselling, interventi sulla crisi a richiesta, meetings organizzati dai pz, terapia di sostegno)
Holmes, (1983)	Psicodramma di Moreno Terapia di gruppo di Jones e Alonso (1976) per adolescenti (orientamento psicodinamico)
Chiesa et al. (2000)	Psicoterapia individuale psicodinamica Due tipi Terapia psico-sociale: -one-stage programme (1 anno in ospedale) -two-stage programme (6 mesi in ospedale e 18 fuori)
Fassone, Ivaldi e Rocchi (2003).	Terapia integrata individuale e di gruppo secondo modello cognitivo-evoluzionista
Luborsky, (1984); Lingiardi, (2005); Thormahlen, (2003); Baruch et al. (1998). Svettini, (1998).	Psicoterapia individuale espressivo-supportiva Programma di riabilitazione individualizzato in un Centro Diurno
Giesen-Bloo J, Dyck R, Spinhoven P, Tilburg, W, et al.(2006)	Schema-Focused therapy Transference-Focused psychotherapy

Bibliografia

- Baruch G, Gerber A & Fearon P (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: A preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *British Journal of Medical Psychology* 71(3), 233-245.
- Baekeland F, Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press, New York.
- Chiesa M, Drahord 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, 107-11.
- Clarkin JF, Yeomans FE & Kernberg OF (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. Wiley, New York.
- Elkin I, Shea MT, Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins (1989). NIMH treatment of depression.

Il drop-out nei disturbi di personalità

- Collaborative research program: *General effectiveness of treatment*. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Fassone G, Ivaldi A & Rocchi MT (2003). Riduzione del drop-out nei pazienti con disturbi gravi di personalità: Risultati preliminari di un modello di psicoterapia cognitivo comportamentale integrata, individuale e di gruppo. *Rivista di Psichiatria* 38(5), 241-246.
- Frayn DH (1992). Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *American Journal of psychotherapy*, 46, 250-261.
- Frieswyk SH, Gabbard GO, Horowitz, L., Allen, J.G., Colon, D.B., Newsom, G.E. e Coyne, L. (1994). The role of the therapeutic alliance in psychoanalytic therapy with borderline patients. In: A Horvath & LS Greenberg (eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. Wiley, New York. 199-224
- Garfield SL (1994). Research on client variables in psychotherapy. In AE Bergin & SL Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy, and behaviour change* (4th ed.). 190-228. New York, Wiley.
- Gaston L (1991). The reliability and criterion-related validity of patient version of the California psychotherapy alliance Scale. *Psychological assessment*, 3, 68-74.
- Giesen-Bloo J, Dyck R, Spinhoven P, Tilburg W, Dirksen C, Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch VJ & Wolf PJ (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 38-42.
- Gunderson JG (2001). *Borderline personality disorder: a clinical guide*. American Psychiatric Press, Washington.
- Holmes P (1983). Dropping out from an adolescent therapeutic group: a study of factors in the patients and their parents which may influence this process. *Journal Adolescence* 6(4), 333-46.
- Horowitz LM, Alden LE, Wiggins JS & Pincus AL (2000). Inventory of interpersonal problems manual. Psychological Corporation, TX: San Antonio.
- Horvath AO & Greenberg LS (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*, Wiley, New York.
- Kelly T, Soloff PH, Cornelius J (1992). Can we study (treat) borderline patients? Attrition from research and open treatment. *Journal of Personality Disorders*, 6, 417-433.
- Lingiardi V, Filippucci L & Baiocco R (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research* 15 (1-2), 45-53.
- Luborsky L (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Luborsky L (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive process. In AO Horvath & LS Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*, Wiley, New York, 51-84.
- Mancini F (1999). *L'egodistonia*. In: B Bara, *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Miller S, Brown J & Sees C (2004). A preliminary study identifying risk factors in drop-out from a prison therapeutic community. *Journal Clinical Forensic Medicine* 11(4), 189-97.
- Richmond R (1992). Discriminating variables among psychotherapy dropouts from a psychological training clinic. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 123-130.
- Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G & Tansella M. (2003). Dropping out of care: inappropriate termination of contact with community-based psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 181, 331-338.
- Safran JD & Muran JD (2000a). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press, New York.
- Safran JD & Muran JD (2000b). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 233-243.

- Safran JD & Muran JD (2001). The therapeutic alliance as a process of intersubjective negotiation. In JD Safran & JC Muran (Eds.), *Self-relations in the psychotherapy process*, 165-186.
- Safran JD (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: Theory II. Practice. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-122.
- Siqueland L, Crits-Christoph P, Gallop R, Barber JP, Griffin ML & Thase ME (2002). Retention in psychosocial treatment of cocaine dependence: Predictors and impact on outcome. *American Journal of Addiction*, 11, 24-40.
- Skodol AE, Buckley P & Charles E (1983). *Is there characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline*.
- Svettini A, Gimosti E, Ferri S, Russo A, Ghiringhelli L., Ferrari L, Giobbio GM, Vita A & Invernizzi G (1998). The drop-out phenomenon during rehabilitative treatments of psychosis: Predictive factors and strategies of prevention. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry* 14(4), 197-206.
- Thormahlen B, Weinryb RM, Noren K, Vinnars B, Bagedahl-Strindlund M, & Barber JP (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research* 13(4), 493-509.
- Van Dam-Baggen R & Kraaimaat F (1986). A group social skills training program with psychiatric patients: Outcome, drop-out rate and prediction. *Behaviour Research & Therapy* 24(2), 161-169.
- Wierzbicki M & Pekarik G (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology Research and Practice*, 24, 190-195.
- Wolwer W, Burtscheidt W, Redner C, Schwarz R & Gaebel W (2001). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: impact of personality disorders and cognitive impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 103(1),30-37.
- Yeomans FE, Clarkin JF & Kernberg OF (2002). *A Primer for Transference Focused Psychotherapy for Borderline Patient*. Jason Aronson Inc, NJ: Northvale.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy personality disorders : a schema focused approach*. Sarasota, Fla, Professional Resource Press.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR (2003). The longitudinal course of borderline personality psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry*, 160, 274-283.