

Lasciarsi in psicoterapia Come terapeuti e utenti narrano la fine della loro storia

*Elena Faccio¹, Beatrice Gabusi², Elisa Franchini², Giorgia Cassisa²,
Chiara Ganassi²*

Abstract. Accade di frequente che un percorso di psicoterapia si interrompa prima del previsto. Quando e come ciò accade? Cosa è possibile imparare da queste interruzioni premature? Vi sono forse prassi o metodi di lavoro che consentono di affrontare eventuali criticità in tempo utile? Ha senso includere anche questo tra i temi affrontabili nei primi colloqui? E come gestire eventuali contatti con chi interrompe? Con questo lavoro si cercherà di approfondire le premesse, ovvero di indagare modi, tempi e condizioni che si associano al "lasciarsi" in psicoterapia, ammettendo tra le altre, anche la possibilità che non si tratti sempre e solo un "fallimento terapeutico". Si analizzerà il vissuto di entrambe le parti: terapeuti e clienti, nel tentativo di creare un ponte tra le due prospettive, situando il fenomeno nell'interazione anziché in "variabili" a monte, alle quali si arriva in genere per giustificare o deresponsabilizzare il clinico. Il tema è particolarmente complesso e difficile poiché richiede una grande libertà intellettuale: quella di poter andare anche "contro se stessi". Non sempre la psicoterapia "ha da essere" la scelta migliore!

Parole chiave: drop-out; interazionismo; interruzione prematura; narrazioni; coppia terapeutica

Abstract. It happens frequently that psychotherapy stops earlier than expected. When and how does this happen? What can be learned from these premature interruptions? Are there any practices or working methods that allow to deal with critical issues in a timely manner? Does it make sense to include this among the topics that can be addressed in early interviews? And how do you handle any contact with interrupters? With this work, we will try to deepen the premises, that is, to investigate ways, times and conditions that are associated with "leaving" in psychotherapy, admitting among others, the possibility that it is not always and only a "therapeutic failure". We will analyze the experience of both parties: therapists and clients, in an attempt to create a bridge between the two perspectives, situating the phenomenon in the interaction rather than in "variables" upstream, which are usually arrived at to justify or remove responsibility from the clinician. The topic is particularly complex and difficult because it requires a great intellectual freedom: that of being able to go even "against oneself". Not always psychotherapy "has to be" the best choice!

Keywords: drop-out; interactionism; premature discontinuation; narratives; therapeutic couple

¹ *Professore associato Università degli Studi di Padova*

² *Dottoranda magistrale in Psicologia clinico-dinamica, Università degli Studi di Padova*

1. Introduzione

Questo lavoro prende avvio dall'esplorazione di più di 900 articoli sul tema del drop out; in genere l'impostazione di queste ricerche riflette una struttura, ma soprattutto uno schema interpretativo applicato allo studio del fenomeno che è piuttosto ricorrente.

Prima ancora di riassumere le evidenze di letteratura, vale la pena spendere due parole rispetto alla complessità del tema ed alla mancanza di una definizione chiara. In genere, utilizziamo il termine inglese "drop out" (letteralmente "gocciolare fuori" "cadere fuori") per riferirci ad alcune esperienze specifiche: lo studente che lascia la scuola prima di completare il percorso di studi e che, quindi, "abbandona", oppure l'agonista che si ritira da una competizione sportiva. Sono situazioni in cui l'espressione "drop out" trova luogo legittimamente e che alludono ad un percorso che aveva vita autonoma rispetto all'individuo, e dal quale la persona ad un certo punto si allontana. Possiamo dire che ciò accada in psicoterapia?

Anche qui la persona abbandona un percorso strutturato e da lui indipendente? No, non esiste alcun percorso segnato, fissato, prestabilito se consideriamo a parte l'utente o cliente. Quindi la metafora del "cadere fuori" a sua volta "cade fuori" dal territorio semantico che pretende di raccontare, se applicata alla psicoterapia. Non si tratta di una strada che esiste prima dell'incontro tra i due, né di un camminamento, quanto di un cammino, quello che due persone possono realizzare solo con l'incedere l'una al fianco dell'altra.

Per questo motivo abbiamo preferito la metafora del 'lasciarsi in psicoterapia', la quale si allontana dalla visione 'classica' dell'abbandono prematuro, e sposta il focus sulla relazione di coppia. L'utilizzo di quest'altra metafora, come gioco di prospettiva, permette di osservare il tutto da un altro punto di vista. Nella metafora del "lasciarsi in psicoterapia" lo scarto sta proprio nel ritenere che i componenti della coppia terapeutica godano di una condizione di pari posizionamento rispetto alla continuità della storia e del percorso; il confronto tra le due metafore è rivelatore di tutta una serie di altri equivoci che in letteratura sono poco considerati.

Spesso l'immaginario collettivo legato alla rappresentazione della metafora del drop out ci conduce a replicare gli stessi luoghi comuni dell'uomo di strada. La visione riduzionista che sta alla base della maggior parte degli studi di letteratura sul tema genera quesiti come: Che errori ha fatto il terapeuta? Quali altri il cliente? chi ha colpa? Anziché chiedersi:

Questo tipo di domande si ferma a prima dell'incontro, spinge l'attenzione verso l'uno o verso l'altro, separatamente. Sarebbe un po' come cercare di capire perché una storia sia finita proponendo dei test individuali ai componenti della coppia. Ciò porterebbe fuori dal flusso della storia. Forse ha più senso chiedersi: Come mai la "storia" tra i due è andata perdendosi?

Cosa ha reso possibile un ritiro del senso dell'esperienza?

La ricerca è viziata anche da un altro limite, stavolta metodologico, che si impone e che potremmo considerare invalicabile. Come rintracciare i partner della coppia originaria? Come chiedere ad un terapeuta nominativi di utenti che hanno abbandonato, o come chiedere ad un ex-cliente di metterci sulle tracce del terapeuta che lui stesso non desidera più frequentare? Non è possibile. Non è etico farlo.

La letteratura disponibile sull'argomento può essere distinta in due grandi filoni sulla base dei 'fattori' presi in considerazione per lo studio del fenomeno. La maggior parte degli studi ha preso in considerazione i cosiddetti "fattori specifici" relativi al cliente o alla terapia, utilizzando metodi quantitativi per l'individuazione di variabili predittive del drop out, come ad esempio, status socioeconomico, età, genere, tipo di diagnosi, modelli teorici adottati dal terapeuta e modalità di erogazione del servizio (privato vs pubblico) (Homan, 2019).

Possono queste variabili predire il drop out?

Siamo proprio convinti?

Altri studi riguardano variabili relative al terapeuta, come le capacità empatiche, di gestione della relazione, intelligenza emotiva, di elaborazione dei sentimenti, di gestione delle critiche (Delgadillo et al., 2020; Heinonen & Nissen-Lie, 2019; Lingiardi et al., 2008; Roos & Werbart, 2013). Queste competenze risultano essere rilevanti nel percorso terapeutico, ma non sufficienti per configurare il fenomeno nella sua totalità, poiché, se consideriamo una sola voce, tutto ciò che ci verrà detto sarà in continuità con una delle due prospettive e non ci dirà nulla su cosa le persone abbiano vissuto dentro quell'incontro.

Altre ricerche ancora riguardano i modi del terapeuta di reagire al drop out : in maggior misura si sono rivelati sentimenti di colpa, frustrazione, rammarico, tristezza, fallimento, vergogna, mentre in altri casi, i terapeuti si sentivano sorpresi o addirittura sollevati (Paradisi et al., 2014; Piselli et al., 2011). La consapevolezza dei propri vissuti rappresenta una competenza importante per i clinici, ma sarebbe utile cercare di 'scavare più a fondo' rispetto al riconoscere i molteplici elementi critici presenti, che non appartengono ad una sola delle due posizioni coinvolte. Il secondo filone di ricerca comprende, invece, studi sui "fattori a-specifici" del trattamento, ovvero trasversali e comuni ai diversi approcci psicoterapeutici. Tra questi, la relazione tra cliente e terapeuta risulta essere l'elemento centrale, in quanto condizione necessaria al lavoro terapeutico. Il costrutto di riflessività, in tutto ciò, risulta centrale e generativo. Ma la riflessività non va esercitata nella solitudine della propria stanza. Abbiamo bisogno che i nostri pensieri possano ospitare un punto di vista diverso, in particolare, quello della persona con cui ci stiamo interfacciando. In caso contrario la riflessività sarebbe solo una replica del già pensato. Se riteniamo il drop out un processo che si costruisce e viene alimentato nell'interazione, prendere in considerazione un'unica prospettiva servirà a poco. Ne consegue, dunque, la necessità di esaminare entrambi i punti di vista, poiché spesso emerge come i due attori lo configurino in modo diverso e spieghino con narrative differenti il processo e i risultati terapeutici (Roos et al., 2013).

Inoltre, il ricercare "nel" cliente o "nel" terapeuta quelle caratteristiche che possono aver avuto una diretta correlazione nel determinare l'abbandono prematuro, rischia di attribuire la responsabilità del fallimento della terapia ad uno dei due attori, tralasciando così come il processo si è costruito fino a quel momento (Homan, 2019). In aggiunta a ciò, la maggior parte degli studi ha preso visione dell'abbandono voluto dal cliente e non invece la possibile interruzione decisa dal terapeuta.

2. Progetto di ricerca

La domanda di ricerca da cui ha preso avvio l'intero progetto riguarda lo studio del fenomeno dell'interruzione prematura in psicoterapia, per come viene raccontata da terapeuti e dai loro assistiti. Avremmo voluto intervistare la diade, consapevoli del fatto che ogni allontanamento può essere compreso adeguatamente solo alla luce dell'ascolto di entrambe le parti. Per questioni etiche e di riservatezza non è stato possibile intercettare gli effettivi componenti della coppia originaria, tuttavia si è optato per l'attivazione in parallelo di due canali di ricerca: l'uno orientato ad indagare l'esperienza dei terapeuti, l'altro quella dei clienti. Il processo terapeutico è stato esplorato nella sua interezza: dall'impostazione delle fasi iniziali, ai ricordi di ciò che accade durante la terapia, fino al momento dell'interruzione e della gestione del drop out, seguendo un criterio temporale.

3. Metodologia di ricerca

3.1 Obiettivi

Come è stato descritto e connotato il fenomeno dell'interruzione della terapia?

Rispetto alla prospettiva dei terapeuti ci si è posti come obiettivo:

- 1) Esplorazione del ruolo del terapeuta in merito alla narrazione del fallimento della terapia, agli sviluppi della stessa in relazione alle aspettative del terapeuta e alla gestione e negoziazione nella fase iniziale della relazione terapeutica;
- 2) esplorazione del ruolo della relazione terapeutica nella configurazione del drop out e esplorazione della possibilità di anticipazione e gestione del drop out.

1. INDAGARE COME IL TERAPEUTA CONFIGURA IL DROP OUT E COME COSTRUISCE E GESTISCE LA RELAZIONE NELLE FASI INIZIALI DELLA TERAPIA IN RELAZIONE A QUESTO
<i>Configurazione del drop out</i>
a. Indagare le teorie personali sul fallimento terapeutico
b. Indagare le eventuali teorie relative al modello teorico di riferimento
c. Indagare l'impatto personale e professionale del drop out sul terapeuta
<i>Costruzione e gestione della relazione nelle prime fasi in relazione alla configurazione del drop out</i>
d. Indagare le aspettative del terapeuta rispetto al futuro andamento della relazione
e. Indagare la gestione e negoziazione della relazione terapeutica nella fase iniziale

2. INDAGARE LA QUALITÀ DELLA RELAZIONE CLIENTE-TERAPEUTA E LE STRATEGIE UTILIZZATE DAL TERAPEUTA PER ANTICIPARE E GESTIRE IL DROP OUT
<i>“Qualità “della relazione e come questa può influire sulla modalità di interruzione</i>
a. Indagare la qualità della relazione tra cliente e terapeuta
b. Indagare la modalità di interruzione della terapia
<i>Strategie di gestione utilizzate e apprese dal terapeuta per anticipare il drop out e riflessioni a posteriori</i>
c. Indagare l'individuazione e la gestione di eventuali "segnali d'allarme" (nel caso specifico)
d. Indagare le strategie generalmente usate dal terapeuta e i consigli che può offrire ad altri colleghi
e. Indagare le riflessioni successive all'abbandono

Si è scelto di porre attenzione alla relazione terapeutica, in quanto essa è la cornice entro cui avviene l'interazione tra i due attori ed entro cui vengono a configurarsi tutti i fenomeni legati alla terapia, compreso, quindi, il drop out.

Rispetto alla prospettiva dei clienti, gli obiettivi sono stati:

- 3) L'indagine delle modalità utilizzate dall'utente per configurare il percorso terapeutico e dell'eventuale cambiamento tra pre e post-terapia;
- 4) l'indagine della qualità e del ruolo attribuito alla relazione terapeutica nella scelta di interruzione prematura del percorso, nonché la disponibilità e l'interesse nei confronti di un nuovo percorso.

Le dimensioni di indagine, precedentemente citate, sono state esplorate tramite aree tematiche specifiche sia per i terapeuti (vedi tabella 3.1 Terapeuti), sia per i clienti (vedi tabella 3.1 Clienti)

Tabella 3.1 Terapeuti: Aree di indagine

Tabella 3.1 Clienti: Aree di indagine

3. INDAGARE LE MODALITÀ UTILIZZATE DALL'UTENTE PER CONFIGURARE IL PERCORSO TERAPEUTICO ED EVENTUALE CAMBIAMENTO TRA PRE E POST TERAPIA

<i>Evoluzione aspettative pre - post terapia e le modalità di accesso</i>
a. Descrivere le aspettative del paziente e la loro possibile evoluzione
b. Descrivere le modalità di accesso, di scelta della tipologia di terapia e del terapeuta
<i>Consapevolezze acquisite post terapia</i>
c. Descrivere le nuove consapevolezze acquisite dai clienti post terapia
<i>Consigli che gli utenti proporrebbero post terapia</i>
d. Descrivere i consigli che i clienti darebbero a persone che vogliono iniziare un nuovo percorso
<i>Valutazione intermedia</i>
f. Proporre Valutazione intermedia come strategia per prevenire il drop out
4. DESCRIVERE LA CONFIGURAZIONE DELL'IMPATTO DELLA RELAZIONE TERAPEUTA-CLIENTE SULLA SCELTA DI INTERRUZIONE E SULLE IMPLICAZIONI CHE TALE SCELTA GENERA
<i>Qualità condivisione compiti e obiettivi</i>
a. Indagare la qualità della condivisione di compiti ed obiettivi
<i>Configurazione personale dell'esperienza di interruzione</i>
b. Indagare la configurazione personale dell'esperienza di interruzione
<i>Motivazioni dell'interruzione</i>
c. Indagare le motivazioni che hanno portato all'interruzione della terapia
<i>Teorie personali sulla gestione dell'interruzione</i>
d. Esplorare le teorie personali sulla possibile gestione dell'interruzione
<i>Configurazione personale della relazione e della comunicazione con il terapeuta</i>
e. Indagare la qualità, percepita, della relazione e della comunicazione cliente - terapeuta

Implicazioni dell'esperienza di interruzione	
f.	Indagare le implicazioni dell'esperienza sulla concettualizzazione personale della categoria degli psicologi
g.	Indagare le implicazioni dell'esperienza di interruzione su una possibile scelta di terapia futura

3.2 I partecipanti

Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto all'interno del territorio nazionale e si è articolato in due fasi. Nella prima si è proceduto attraverso un "campionamento a cascata", quindi, tramite il passaparola, nella seconda fase si è provveduto alla pubblicazione di annunci online, in particolar modo su pagine e gruppi Facebook o tramite il contatto diretto con psicoterapeuti iscritti al social network.

L'annuncio consisteva in una breve presentazione dello studio, dell'obiettivo di ricerca, dei requisiti per la partecipazione e della modalità di raccolta dati.

TERAPEUTI				
	Cognitivo-comportamentali	Dinamici	Umanisti	Interazionisti
Quantità	10	16	10	10
totale	46			
CLIENTI				
	Studenti o professionisti esterni all'ambito psicologico		Studenti o professionisti interni all'ambito psicologico	
Quantità	26		27	
totale	53			

Per quanto concerne il gruppo dei terapeuti, la ricerca ha coinvolto 46 partecipanti: 13 uomini e 33 donne. Il requisito richiesto per la partecipazione consisteva nell'essere psicoterapeuti e aver avuto nella propria carriera professionale almeno un'esperienza di interruzione della psicoterapia da parte del cliente.

Poiché il drop out risulta essere un fenomeno trasversale ai diversi modelli teorici si è ritenuto opportuno esplorarlo entro le diverse cornici.

Di seguito, viene riportata la divisione all'interno del gruppo dei terapeuti:

- cognitivo-comportamentali (10)
- dinamici (16)
- umanisti (10)
- interazionisti (10)

Per quanto riguarda i clienti, hanno partecipato 11 uomini e 42 donne, per un totale di 53 partecipanti, tutti maggiorenni. L'unico requisito richiesto riguardava l'aver interrotto unilateralmente un percorso di psicoterapia prima della sua conclusione.

Poiché la conoscenza in prima delle teorie e dei modelli clinici psicologici si assume possa influenzare il modo in cui vivere un percorso di psicoterapia, il gruppo è stato scelto in modo tale che metà dei partecipanti avesse un background psicologico (studenti di psicologia) e l'altra metà avesse una formazione di altro taglio (non studenti/laureati di psicologia).

3.3 Metodo di raccolta dati: intervista semi- strutturata

Si è proceduto alla costruzione di un'intervista semi-strutturata, utile a esplorare e cogliere le narrazioni dei terapeuti e dei clienti rispetto alla loro esperienza di drop out. Lo strumento dell'intervista semi-strutturata è stato scelto perché è in grado di raccogliere la testimonianza degli intervistati "nel modo meno invadente e direttivo possibile" (McCracken, 1988, p.21); il ruolo dell'intervistatore è quello di strutturare e guidare la conversazione, in modo da indirizzare l'intervistato verso gli argomenti di cui tratta la ricerca, lasciando, però, spazio alla libera espressività e alla soggettività di quest'ultimo e permettendo di registrare in modo autentico le sue attribuzioni di senso (Castiglioni & Faccio, 2010).

Il protocollo di domande è servito come guida per esplorare gli obiettivi di ricerca; nello specifico, le domande sono state elaborate al fine di indagare le aree tematiche di cui si componeva ogni obiettivo di ricerca, e hanno costituito la traccia che le intervistatrici hanno seguito nello svolgimento dell'intervista.

Dopo aver svolto le interviste si è proceduto alla loro trascrizione verbatim. Ciò ha generato dei testi, che hanno costituito il corpus sul quale è stata successivamente svolta l'analisi.

3.4 Analisi del contenuto

Per analizzare il corpus di testi raccolti, si è scelta l'analisi del contenuto secondo una strutturazione *ex post*, ovvero si è fatto in modo che la costruzione dei codici di analisi emergesse direttamente dal materiale raccolto.

Si è proceduto ad una lettura approfondita delle risposte. All'interno della risposta, sono stati selezionati ed evidenziati gli stralci testuali significativi con riferimento agli obiettivi di ogni specifica sotto-area di indagine.

Per denominare gli stralci si è cercato, per quanto possibile, di rimanere aderenti al vocabolario esibito dai partecipanti; nei casi in cui ciò non fosse possibile, si è deciso di ricorrere a sinonimi. Infine, è stata fatta una terza lettura dei codici, con l'obiettivo di individuare i contenuti più ricorrenti e maggiormente condivisi fra i partecipanti e di mettere in evidenza anche quelli poco frequenti, considerati però, interessanti ai fini dell'analisi, per la loro particolarità.

4. Risultati

4.1 Storie di interruzione di psicoterapia: Configurazione dell'interazione secondo la narrazione e il vissuto dei terapeuti.

I risultati emersi dall'analisi delle narrazioni dei 46 terapeuti con esperienze di drop out, verranno discussi alla luce dell'obiettivo di ricerca.

4.1.1 Narrazione e configurazione dell'interruzione prematura

In primo luogo, è possibile notare che il costrutto linguistico di "interruzione" è stato diversamente connotato dai terapeuti, infatti, qualcuno lo ha descritto come "interruzione non concordata", "saluto", "decisione di prendere due strade diverse", "rottura del setting".

Dunque, l'interruzione non è qualcosa che può essere definita una volta per tutte a prescindere dai contesti e dalle esperienze ma dipende dalle pratiche discorsive nelle quali è inserita (Salvini & Dondoni, 2011).

I terapeuti hanno messo in luce come il drop out scaturisca principalmente da questioni relazionali, come sostenuto anche in letteratura (Lambert & Barley, 2001; Lingiardi et al., 2008); dunque, ogni teoria del drop-out sarebbe da rivedere in base al cliente che si ha di fronte, alla sua storia di vita, alle sue particolarità.

Solo una piccola parte di esperti, invece, utilizza come riferimento le teorie e le concezioni del proprio modello teorico per spiegare questo fenomeno. Nel gruppo dei cognitivo-comportamentali, ad esempio, emerge il discorso riguardante la "*teoria dell'evitamento*", mentre i dinamici e gli umanisti parlano di "*resistenze*" e "*difese*" che mettono in atto i clienti verso questioni emerse nel percorso che non si sentono ancora pronti a contattare o ad affrontare.

Per molti degli intervistati, sembra che l'interruzione porti con sé un significato di fallimento e, in linea con la letteratura, essa viene identificata come una scelta presa in modo esclusivo dalla persona, senza che ne venga data spiegazione e senza che la decisione sia stata discussa con il terapeuta. Troviamo però alcuni terapeuti, in particolare quelli di formazione interazionista, che ritengono che il drop out in alcuni casi possa avere un senso anche positivo, sia per il cliente che per il terapeuta. In aggiunta, diversi terapeuti mettono in luce come alcune volte l'interruzione possa essere concordata tra i due attori.

Indipendentemente dall'orientamento teorico, tutti gli intervistati hanno attribuito grande rilievo alla relazione terapeutica, in riferimento a questa si sono definiti due differenti scenari: da una parte i terapeuti hanno riferito una difficoltà a instaurare una buona relazione terapeutica di sintonia, mancanza di condivisione e corresponsabilità sugli aspetti della terapia o di relazioni che erano state compromesse da vari eventi. Questo risulta essere in linea con gli studi presenti in letteratura, secondo cui la qualità della

relazione terapeutica sarebbe predittiva dell'esito della terapia (Constantino et al., 2011; Safran et al. 2000).

Questi risultati sottolineano l'importanza del coinvolgimento e della partecipazione attiva del cliente nel processo della terapia, poiché permetterebbero a quest'ultimo di sentirsi parte del processo e in grado di avere un ruolo e un potere di azione rispetto ad esso. Al contrario, alcuni intervistati riferiscono di buone relazioni terapeutiche di fiducia, all'interno delle quali il cliente si era sentito accolto, compreso e a proprio agio, le quali, tuttavia, hanno allo stesso modo portato a esiti di drop out. Questo dato merita particolare attenzione, poiché mette in evidenza come non ci sia un diretto nesso tra qualità della relazione e interruzione. La relazione tra cliente e terapeuta è infatti, un incontro tra persone, e come tale assume forma e senso di volta. Proprio questa specificità, spesso sottolineata dai partecipanti, permette di riflettere sulla possibilità di leggere il drop out in un'ottica diversa da quella del fallimento. In tal senso, il drop out in alcuni casi potrebbe addirittura essere indicatore di successo terapeutico.

Esso non sarebbe necessariamente un'evenienza da evitare e scongiurare ma potrebbe avere persino una valenza terapeutica per i clienti, portando ugualmente a risultati clinici. Come evidenziano alcuni terapeuti, infatti, talvolta potrebbe essere utile persino incoraggiare il cliente a compiere tale scelta, nell'ottica, ad esempio, di favorire l'autonomia della persona. Di conseguenza, potrebbe essere utile che i terapeuti prendano in considerazione la possibilità di leggere l'interruzione in un'ottica pragmatica rispetto al percorso di terapia di ciascun cliente.

Inoltre, è emerso come aspetti della relazione quali buona comunicazione, fiducia, affidamento e stima reciproca hanno avuto un ruolo importante rispetto alla modalità di chiusura della terapia. Questi aspetti hanno permesso in taluni casi di chiudere il percorso con un confronto tra cliente e terapeuta o, talvolta, di concordare la chiusura stessa.

Ciononostante, diversi intervistati accolgono la possibilità che l'interruzione sia da attribuire ad "errori" quali la mancata comprensione dei tempi e dei bisogni del cliente. Inoltre, una piccola parte di esperti ha messo in luce come a volte sia lo stesso terapeuta a decidere di interrompere poiché si rende conto di non essere utile per quella persona; questa è una questione molto rilevante che in qualche modo scardina la concezione condivisa da molti terapeuti, per cui la decisione di interrompere la terapia viene solitamente presa dal cliente. E', dunque, opportuno legittimare la possibilità che lo stesso psicologo possa attuare un'interruzione sia perché non si senta adatto alla situazione, sia perché non sente il necessario feeling con la persona.

Alcuni terapeuti riportano come motivi di abbandono alcuni impedimenti esterni, in linea con i risultati emersi in letteratura (Piselli et al., 2011); ad esempio, terapeuti umanisti e dinamici riferiscono che interferenze esterne quali terze persone – spesso familiari – e delle loro convinzioni sul percorso della terapia, hanno costituito un ostacolo al proseguimento della terapia e condizionato il cliente rispetto alla scelta di continuare. Inoltre, sono da considerare: problemi familiari, difficoltà con orari e spostamenti e difficoltà concrete legate all'emergenza sanitaria in corso (ad esempio, non poter disporre di una stanza in cui svolgere la seduta in forma telematica, non disporre di devices, ecc.) o problemi economici legati al dover usare le risorse economiche per problematiche di salute più "urgenti".

Per quanto concerne il vissuto dei terapeuti, viene messo in luce come a livello personale, gli esperti descrivano il fenomeno appellandosi a sentimenti negativi, per lo più dispiacere.

Molti riportano, invece, a livello professionale come possa essere un momento di rielaborazione dell'accaduto e dunque di apprendimento e crescita professionale; in modo particolare, i terapeuti con formazione moderna sottolineano come l'esperienza professionale e la maturità possano portare il terapeuta a narrare il fenomeno in modo differente e a comprenderlo dando senso all'accaduto, vivendolo, dunque, con maggior serenità.

4.1.2 È possibile anticipare e gestire il drop out?

Alcuni terapeuti riferiscono di interruzioni improvvise e inaspettate, rispetto alle quali non era stato possibile individuare alcun tipo di segnale antecedente all'interruzione.

In altri casi, i terapeuti dicono di aver colto dei segnali d'allarme, come ad esempio l'atteggiamento di incostanza da parte del cliente, la mancata puntualità oppure un'oscillazione del tono emotivo nella relazione, e di aver provato a gestirli ma senza successo.

Per quanto riguarda la conoscenza e l'uso di strategie di anticipazione e gestione del drop out, i terapeuti, indipendentemente dall'orientamento teorico, riferiscono di aver appreso le strategie tramite l'esperienza e la pratica clinica o con la supervisione, evidenziando come nella formazione accademica o nella scuola di specializzazione quasi mai siano state fornite indicazioni in merito.

In generale, i partecipanti hanno sottolineato come la formazione accademica sia stata utile per la cornice teorica ed epistemologica di riferimento, tuttavia essa non fornisce "pacchetti preconfezionati" di strategie, in quanto queste devono essere di volta in volta adattate al caso specifico. I partecipanti, infatti, ritengono che non vi siano strategie efficaci in tutte le relazioni ma, al contrario, che esse vengano di volta in volta adattate alla relazione.

Tra queste pare utile concordare in modo chiaro aspetti relativi alle fasi iniziali della terapia. Terapeuti cognitivo-comportamentali riferiscono della possibilità di spiegare fin da subito al cliente cosa significhi fare psicoterapia per poter ridurre eventuali discrepanze tra le aspettative del cliente e quelle del terapeuta in modo tale da avvicinare il percorso reale a quello immaginato. Tra i terapeuti dinamici, una strategia riferita soprattutto dagli psicoanalisti riguarda il rigore nella costruzione del setting da intendersi come una "bussola", in grado di fornire indicazioni sulla capacità del cliente di stare dentro alle regole. Eventuali infrazioni rappresentano infatti l'elemento che può anticipare il drop out.

Terapeuti interazionisti, inoltre, riferiscono dell'importanza di esplicitare, nel contratto terapeutico, la necessità che il cliente comunichi l'intenzione di interrompere, permettendo così al terapeuta di avere un confronto con lui.

Per quanto riguarda le strategie di gestione del drop out, quasi tutti i terapeuti dei differenti sottogruppi riferiscono di fare solitamente ricorso a momenti di valutazione intermedia, la quale, è strutturata in modo differente in base alla formazione ricevuta.

Terapeuti cognitivo-comportamentali prediligono una valutazione sul raggiungimento degli obiettivi, tramite strumenti testistici; terapeuti dinamici e umanisti prediligono una valutazione meno formalizzata e sistematica che avviene attraverso restituzioni o

riflessioni sul percorso, insieme al cliente; terapeuti interazionisti, invece, riferiscono di una doppia funzione della valutazione: sul processo della terapia e sugli esiti e risultati raggiunti.

Nelle retoriche dei terapeuti di quest'ultimo sottogruppo, emerge non solo l'importanza del monitoraggio rispetto agli obiettivi – che vengono costruiti insieme al cliente all'inizio del percorso e ripresi insieme a lui nel corso della terapia per valutare se si sta procedendo nella giusta direzione o eventualmente per ri-definirli – ma anche la previsione di momenti di osservazione e revisione del percorso fatto fino a quel momento, per confrontarsi sulle mosse passate e su quelle future.

In questo caso, la valutazione assumerebbe particolare rilevanza soprattutto se svolta insieme al cliente, in quanto offrirebbe la possibilità di avere un confronto con lui rispetto alla soddisfazione sul lavoro della terapia. Alcuni terapeuti sottolineano come spesso gli obiettivi iniziali si modificano nel corso della terapia e questo momento di valutazione potrebbe, quindi, essere utile per verificare come sono cambiati, rimaneggiandoli con il cliente.

Un'altra strategia che i terapeuti riferiscono di utilizzare, indipendentemente dal loro orientamento, è la supervisione e il confronto con i colleghi. Queste risultano utili sia per gestire le difficoltà personali e operative in cui possono incorrere durante la terapia, sia dopo l'interruzione come momento di riflessione e revisione sul proprio operato. Inoltre, questi scambi si configurerebbero quali momenti di apprendimento e crescita professionale, dai quali poter imparare e acquisire maggiori competenze rispetto al proprio operato.

Terapeuti cognitivo-comportamentali, umanisti e dinamici propongono, come strategie di anticipazione del drop out, dei momenti di confronto direttamente con il cliente, in cui potrebbe avvenire la condivisione dei propri vissuti, delle proprie difficoltà nello stare in relazione o in cui poter ammettere eventuali errori. L'atteggiamento del terapeuta, che si offre come una persona che sbaglia e riesce a riconoscere gli errori e assumersi la responsabilità contribuirebbe a rafforzare l'alleanza terapeutica e la percezione della terapia come uno sforzo collaborativo di entrambi i membri della relazione. In alcuni casi le aspettative dello psicologo possono connettersi a questioni professionali, ad esempio, al desiderio di non deludere il cliente, di fare una bella figura o rispetto al lavoro che si sarebbe potuto fare con il cliente.

Infine, un'ultima strategia di gestione, una volta avvenuto il drop out, riportata dai partecipanti di tutti i sottogruppi, riguarda la proposta di un colloquio finale, soprattutto quando il cliente decide unilateralmente di interrompere. Esso consentirebbe al terapeuta di comprendere le ragioni che hanno portato il cliente a prendere tale decisione, evitando di restare senza risposte e potendo riflettere criticamente sul proprio operato, divenendo, quindi, un momento di crescita professionale per il clinico.

Allo stesso tempo, questo sarebbe un momento di "*chiusura*" dell'esperienza, in cui poter rivedere il percorso fatto insieme e i risultati raggiunti, allo scopo di concludere il percorso come un'esperienza il più possibile positiva. In tal senso, l'esperienza della terapia si configurerebbe come un momento di crescita per entrambi gli attori.

Terminare la terapia in questo modo avrebbe delle implicazioni non soltanto rispetto alla possibilità di riprendere in futuro il percorso con lo stesso terapeuta, ma in generale rispetto alla visione del cliente sulla terapia. Una retorica riferita da un partecipante mette in luce proprio il timore del terapeuta di condizionare, con il proprio operato, le scelte

future del cliente rispetto alla possibilità di usufruire o meno di un percorso psicoterapeutico; pertanto, questo momento assumerebbe una grande rilevanza nel lasciare, indipendentemente dalla continuazione o meno del percorso, una visione favorevole della terapia. Inoltre, rappresenterebbe un'esperienza costruttiva in grado di gettare le basi anche per futuri cambiamenti che avverranno in altri momenti nella vita della persona, non visibili dal terapeuta, ma ugualmente efficaci dal punto di vista terapeutico.

Da ultimo, riflettendo a posteriori sull'esperienza vissuta, quasi tutti i terapeuti cambierebbero il modo di agire e la modalità di approccio e di intervento verso il cliente in virtù della esperienza acquisita nel corso degli anni. Infatti, i partecipanti sottolineano come all'inizio della carriera siano stati più attenti all'applicazione delle regole del proprio modello di riferimento, e che, con il passare degli anni, invece, siano riusciti ad essere più flessibili, elastici e contemperare meglio questi aspetti con l'accoglienza verso il cliente e le sue esigenze.

4.2. Storie di interruzione di psicoterapia: configurazione dell'interazione secondo la narrazione dei clienti

4.2.1 Le modalità utilizzate dagli utenti per configurare il percorso terapeutico ed eventuale cambiamento tra pre e post terapia

Attraverso l'analisi delle narrative dei clienti intervistati, si è cercato di osservare cosa accade nelle tappe percorse lungo il processo terapeutico, a partire dalle aspettative pre-percorso fino alle consapevolezze raggiunte una volta conclusa la terapia. I primi risultati emersi mettono in risalto come, spesso, chi decide di intraprendere un percorso terapeutico arrivi già con un bagaglio di aspettative, pensieri e significati.

Le credenze che accompagnano i clienti a inizio terapia e che possono essere modificate lungo il percorso sono talvolta correlate ai risvolti che la terapia può assumere, ma anche alla figura del terapeuta. Una buona parte delle persone giunge in terapia con aspettative positive. Chi ha delle conoscenze preliminari di tipo psicologico, le porta dentro la scelta dell'orientamento e del terapeuta: l'adesione ad un orientamento specifico implica sempre un'identificazione con un certo "paradigma" (ovvero con un sistema di assunti, di criteri, di regole e convinzioni epistemiche), un'attenzione privilegiata a certi problemi conoscitivi, e una scelta pertinente di metodi (Salvini, Cavanna, 2011).

Invece, persone esterne all'ambito psicologico tendono a configurare la realtà terapeutica a cui si avvicinano attraverso le esperienze e le narrazioni positive di altri. Tra questi, inoltre, vi è anche qualche scettico rispetto al ruolo ed alla psicologia.

In linea con quanto appena esposto, risulta dunque fondamentale che il clinico osservi e prenda in considerazione le aspettative del cliente.

Inoltre, è importante che il professionista monitori come le aspettative del cliente nei confronti della terapia si possano modificare nel tempo, cogliendo così la natura evolutiva e mai statica del proprio interlocutore e del suo mondo di significati (Gergen, 2008). Per cercare di avere una panoramica completa di tutte le tappe che gli utenti affrontano nell'iniziare un percorso terapeutico, si è tentato di indagare le modalità di accesso, le motivazioni alla base della scelta della tipologia di trattamento e del terapeuta. Scelta individuale o consiglio da parte di terze persone? In primo luogo, è possibile porre in evidenza come aspettative positive implicino maggior 'apertura',

speranza di cambiamento/disponibilità a 'mettersi in gioco'. Il professionista dovrà cercare di porre maggiore attenzione nella gestione di clienti che giungano in terapia per volere di terzi.

Per quanto concerne, invece, la scelta del terapeuta, emerge come molti abbiano scelto il terapeuta affidandosi ai consigli di persone esterne. Consigli e consapevolezze di 'altri' possono direzionare in modo specifico la scelta del professionista. In altri casi la ricerca è avvenuta tramite servizi del territorio o attraverso piattaforme internet; in aggiunta, clienti con conoscenze in materia psicologica, spesso hanno utilizzato come criterio-guida l'orientamento del clinico. E' dunque importante informarsi sufficientemente prima di intraprendere un percorso psicoterapeutico.

Nell'osservazione di ciò che accade durante la terapia si è ritenuto opportuno approfondire l'eventuale presenza di una "valutazione intermedia" come momento di condivisione tra i membri della diade. Questo ha messo in evidenza, in primo luogo come, il compito di valutare il processo terapeutico venga principalmente attribuito al clinico.

Le riflessioni riportate dai clienti circa l'utilità di questo strumento mostrano come la maggior parte di loro ritenga la valutazione intermedia utile in termini di "partecipazione attiva" e come strategia 'utile per orientarsi'. Si potrebbe dire, come suggerito da Harper (1986), che ciò incoraggia l'individuo a diventare 'insegnante' della propria realtà di fronte al ricercatore.

Nella strutturazione di questo momento, i clienti, inoltre, riportano come il clinico debba essere in grado di individuare le modalità e le tempistiche 'giuste' per ognuno. Diviene fondamentale e necessario per il lavoro dello psicoterapeuta comprendere come la persona rappresenti il problema, osservare che tipo di linguaggio utilizzi e come il problema stesso venga agito.

Quali possono essere gli effetti della comunicazione diagnostica? Spesso nelle narrazioni si riporta come vi sia una modifica della visione di sé stessi e della situazione a seguito dell'attribuzione dell'etichetta diagnostica, divenendo elemento permeante nella quotidianità e parte della propria costruzione dell'identità. Il rischio, in questo senso, è che molteplici possibilità identitarie vengano ridotte ad un unicum descrittivo ed esplicativo come può essere la diagnosi di una malattia mentale, che possono diventare gli unici modi per descriversi, incentivati e confermati attraverso "profezie che si auto-adempiono" (Salvini e Dondoni, 2011; Merton, 1948).

In altri casi, alcuni utenti riportano come fosse necessario per l'assistito, essere a conoscenza di una diagnosi. Come commenterebbe Salvini, questo potrebbe rappresentare un bisogno di costruire la propria identità sulla base di attribuzioni fatte da altri, poiché ciò può fornire l'illusione momentanea di aver trovato le certezze oggettive e solide della terra ferma (Salvini, 2010); spesso ciò implica un comportamento passivo da parte del cliente che segue alla lettera le direttive del terapeuta. Infine, la convinzione di senso comune che la persona che va in terapia 'abbia dei problemi seri', 'stia male veramente', 'che la psicoterapia sia solamente per chi ha malattie', legittimerebbe tutti coloro ai quali è stata attribuita una diagnosi, indipendentemente dal fatto che la sentano propria o meno.

Il confronto tra le aspettative pre-e post terapia ha messo in luce delle positività. Chi aveva già buone idee le ha confermate, chi era piuttosto scettico o negativo si è ricreduto rispetto all'utilità dell'intervento terapeutico. La psicoterapia è stata configurata dai clienti

come 'processo attraverso il quale ci si può conoscere meglio', come 'mezzo che ha generato delle competenze', 'aiuto per un cambiamento' o un "supporto" sia come contesto per un dialogo aperto. 'La terapia è un posto dove raccontarti' ed è importante scegliere un terapeuta con cui ci si sente a proprio agio e non giudicati. Infine è stata sottolineata l'importanza di trovare un terapeuta e/o un percorso adatto alla persona o alla problematica. E' anche possibile che ciò non accada e che ci si possa sentire disagio; il percorso terapeutico può essere difficile e può anche generare sofferenza o dolore.

In conclusione, viene riportato da coloro che hanno avuto un'esperienza negativa il bisogno e la volontà di diversificare, di cercare qualcos'altro o rimanendo nella stessa relazione, di una tabula rasa a cui ri-descrivere nuovamente tutto e ridefinire i ruoli.

Infine, i clienti privi di conoscenze psicologiche hanno toccato i seguenti temi: essere psicoterapeuta è un impiego che ha solamente un ritorno economico, quindi maggiore è la paga, maggiormente un clinico si impegnerà e di conseguenza, un professionista che esercita in ambito pubblico potrebbe essere meno motivato nell'impegnarsi verso l'aiuto dell'altro.

4.2.2 La relazione e l'interruzione del percorso terapeutico

Nell'accedere alla rappresentazione fornita dai clienti intervistati rispetto al processo terapeutico costituitosi fino al momento dell'interruzione, è stato possibile notare il ruolo che una chiara definizione degli obiettivi ad inizio terapia ha avuto sulla qualità dell'esperienza riportata. Infatti, laddove gli obiettivi erano stati discussi con il terapeuta in maniera esplicita e secondo modalità collaborative, i clienti hanno mostrato una maggiore consapevolezza rispetto al percorso fatto e hanno riportato di aver rivestito una posizione di maggiore coinvolgimento attivo al suo interno. Inoltre, aver potuto rinegoziare in maniera collaborativa gli obiettivi nel corso della terapia ha conferito loro sensazioni di progressione all'interno di un percorso percepito come dinamico e personale, in quanto delineato in base alle proprie esigenze e a quegli aspetti di vita privati che emergevano, di volta in volta, nel corso del trattamento.

Tuttavia, all'interno dei racconti, è stata comune a molti partecipanti l'esperienza di una mancata definizione esplicita degli stessi. I vissuti che ne sono derivati hanno assunto connotazioni diverse in relazione al modo con cui gli utenti significano la terapia e il ruolo del terapeuta. La mancanza di una chiara definizione degli obiettivi è stata vissuta in maniera non problematica sia da coloro che, ponendosi in una posizione di maggiore passività rispetto alla risoluzione del proprio problema, vedevano nel terapeuta l'unico possibile risolutore; sia da coloro che, ponendosi in una posizione di maggiore attività rispetto ad esso, vedevano come obiettivo implicito la motivazione che li aveva spinti ad andare in terapia. Altri clienti tra coloro che avevano manifestato la volontà di essere attivi all'interno del percorso, hanno descritto la mancanza di una chiara definizione come un ostacolo ad una più sistematica visione complessiva del percorso; aspetto che, a sua volta, ha limitato la percezione di efficacia del trattamento.

Quanto emerso ha permesso di avviare una riflessione circa il ruolo che una specifica concettualizzazione della terapia e del terapeuta può avere nel generare vissuti diversi circa la definizione degli obiettivi. Lì dove il cliente assuma un atteggiamento di responsabilità e di *agency* rispetto al proprio problema, la chiara definizione degli obiettivi

contribuisce ad una maggior soddisfazione rispetto al percorso, in quanto vissuto come collaborativo e personale.

Gli obiettivi potrebbero essere considerati come l'elemento del percorso più 'visibile' agli occhi del cliente, punto di riferimento utile ad una maggiore consapevolezza dei cambiamenti ottenuti attraverso il lavoro terapeutico. Aspetto che potrebbe, poi, tradursi in una maggiore percezione di efficacia del trattamento. Quindi, sia la definizione degli obiettivi, che la loro delineazione collaborativa, potrebbero rappresentare aspetti centrali nel promuovere la continuazione del percorso da parte del cliente e costituire anche, lì dove la persona si posiziona in maniera passiva e di delega rispetto al proprio problema, un incentivo per un riposizionamento in attivo del cliente, di assunzione di responsabilità, generando un vissuto di maggiore coinvolgimento all'interno del percorso terapeutico.

Inoltre, si è potuto notare come la mancanza di un accordo con il terapeuta rispetto a obiettivi e modalità di gestione del percorso, l'assenza di una rappresentazione condivisa del proprio problema, siano stati elementi che hanno generato insoddisfazione. Questo vissuto ha portato i clienti a decidere di interrompere in maniera anticipata. Inoltre, il disaccordo sugli obiettivi o sulle modalità relazionali e di gestione del trattamento, ha contribuito a creare un clima relazionale in cui i clienti hanno raccontato di non essersi sentiti capiti e di essersi, piuttosto, sentiti giudicati e a disagio.

La "*percezione di professionalità*" del clinico sembra alla base della fiducia, di credibilità ed efficacia. Tale percezione è descritta dai clienti intervistati in riferimento allo stile interpersonale del terapeuta; la cui professionalità viene da loro misurata in relazione alla coerenza tra comportamenti, argomentazioni e interpretazioni sul problema e le aspettative di ruolo che hanno rispetto alla figura del clinico in generale. A questo proposito, le interpretazioni ritenute affrettate e stereotipate, l'espressione di critiche e giudizi vengono vissute come atteggiamenti poco professionali. Invece, il mantenimento di una "*giusta distanza*", risultato di un rapporto né "*troppo confidenziale*", né eccessivamente formale, viene descritto come uno stile interpersonale professionale. L'impostazione di un'adeguata distanza professionale, infatti, all'interno dei discorsi, è sembrata promuovere la fiducia nella possibilità di essere compresi in maniera obiettiva, evitando al contempo di consolidare una relazione troppo formale e impersonale, che, in alcuni casi, è stata descritta come causa di vissuti di critica e giudizio. Il particolare clima relazionale generato in relazione alla "*distanza*" dal terapeuta, sembra, quindi, fornire il contesto in base al quale il cliente elabora anticipazioni circa la possibilità di essere compreso o, al contrario, giudicato e criticato, regolandone, così, l'apertura comunicativa. A questo proposito si è potuto notare all'interno dei discorsi, come un atteggiamento di comprensione priva di giudizio sia stata percepita come favorente una buona qualità comunicativa all'interno della diade.

L'aspetto della comunicazione e della possibilità di avere un confronto con il clinico è risultato essere importante anche nel generare un particolare tipo di vissuto relativo all'interruzione. Dai racconti dei partecipanti è emerso come l'interruzione abbia rappresentato un'esperienza positiva quando sia percepita una gradualità nel distacco e non uno "*strappo netto*". Ciò, in alcuni casi, è stato possibile grazie all'acquisizione di una progressiva consapevolezza da parte del cliente circa la propria volontà di interruzione, in altri, invece, grazie alla possibilità di confronto con il terapeuta, il cui rimando di comprensione rispetto alla scelta ha contribuito a creare la possibilità di poterlo contattare nuovamente in futuro.

Rispetto alle implicazioni dell'esperienza di *dropout*, ciò che è emerso ha fornito una rappresentazione del fenomeno distante da quella visione unicamente negativa dell'interruzione prematura che spesso permea la letteratura sull'argomento. Infatti, dai discorsi analizzati, si è potuta notare la qualità trasformativa che il percorso di psicoterapia ha avuto per i clienti, indipendentemente dal fatto che sia stato abbandonato prematuramente, e l'utilità che, in alcuni casi, l'interruzione stessa ha avuto nel condurre i clienti verso nuove possibilità terapeutiche. Alcuni hanno raccontato di aver deciso di interrompere il percorso in quanto lo sentivano esaurito nelle sue potenzialità trasformative, e quindi alla luce di una ricerca di maggiori opportunità. Questo aspetto, in linea con quel concetto di "conclusione del percorso" comune alle varie teorie del cambiamento, ovvero all'idea dell'interiorizzazione avvenuta in terapia di un processo di crescita personale e di salute che viene poi mantenuta nel tempo, ha sottolineato il valore trasformativo di tale scelta.

Un altro aspetto interessante in questa direzione, è stata la marginalità che l'evento dell'interruzione prematura ha assunto rispetto al lascito dell'intero percorso terapeutico. L'esperienza ha rappresentato "qualcosa da cui imparare", un'occasione in cui le aspettative e i preconcetti si sono incontrati con la realtà vissuta, dando luogo a nuove idee. I clienti, infatti, hanno avuto modo di modificare alcune precedenti assunzioni rispetto alla terapia e al ruolo del terapeuta. Si è potuto osservare come l'esperienza abbia favorito: un processo di de-stigmatizzazione dello psicoterapeuta e di colui che fruisce del servizio, che ha portato con sé una ri-concettualizzazione della terapia come un qualcosa di "utile a tutti" e non solo a chi presenta problemi psichiatrici; una nuova consapevolezza circa il grado di responsabilità che si ha nei confronti di una possibile risoluzione del problema portato in terapia, grazie a un processo di 'ri-umanizzazione' della figura del clinico, che passa dall'essere visto come colui che può magicamente risolvere tutto a persona che può accompagnare l'evoluzione di un processo che rimane personale; una conoscenza utile alla scelta di un'eventuale terapia futura (sia per quanto riguarda il tipo di terapia, che per quanto riguarda nuove modalità comportamentali personali ritenute più funzionali ad un buon andamento terapeutico).

Le nuove conoscenze nell'ambito terapeutico sembrano, quindi, costituire un contesto entro cui il cliente arriva a risignificare il proprio ruolo e quello del clinico, modificando, in tal modo, anche le anticipazioni di azioni utili alla gestione dell'obiettivo in un possibile altro trattamento futuro.

La maggior parte dei partecipanti ha riportato di essere aperti alla possibilità di tornare ad intraprendere un nuovo percorso e di volerlo fare alla luce delle nuove consapevolezze acquisite all'interno del trattamento.

5. Conclusioni generali

I discorsi emersi sul modo di configurare la relazione con il cliente, permettono di riflettere sull'importanza della specificità dell'interazione, in quanto, nell'incontro tra i due attori si generano scenari e mai uguali tra loro. Pertanto, potrebbe essere utile costruire un intervento e utilizzare strategie personalizzate, adattandole di volta in volta alle esigenze del cliente.

Quanto emerso rispetto alle strategie conosciute e messe in atto dai terapeuti, consente di riflettere sull'importanza di una co-costruzione del percorso terapeutico; gli stessi terapeuti, infatti, pongono in evidenza la rilevanza della condivisione e della

collaborazione con il cliente sugli aspetti della terapia, sottolineando l'importanza della co-costruzione del percorso terapeutico, come possibile strategia di anticipazione del drop out.

Potrebbe essere utile concordare in modo chiaro, nella fase iniziale, aspetti quali il contratto terapeutico, le modalità della terapia, il setting e, inoltre, sarebbe adeguato, costruire il percorso insieme al cliente, includendo le sue aspettative e preferenze.

Ciò implica che il cliente possa avere un ruolo attivo e una responsabilità nella costruzione del proprio percorso.

In aggiunta, nelle fasi iniziali del trattamento, si potrebbe istituire un momento pre-terapia, di *Consulenza Orientativa*, in cui da una parte il cliente esplicita al terapeuta desideri e aspettative sul percorso, dall'altra il/la terapeuta espone il suo modo di lavorare e il suo modello teorico di riferimento; così facendo la persona potrebbe comprendere fin dall'inizio se quel percorso è effettivamente adatto a sé.

I terapeuti dovrebbero soffermarsi maggiormente su alcune questioni quali durata, esigenze del cliente, ascolto e comprensione delle sue aspettative, spesso lasciate in secondo piano rispetto ad esempio agli obiettivi. Le aspettative, infatti, vengono descritte da Greenberg e colleghi (2006) influenti sull'efficacia della psicoterapia, il che suggerisce l'utilità che potrebbe avere l'affrontare questa tematica insieme al cliente, al fine di poter anticipare le discrasie che si possono generare nel percorso contribuendo all'insoddisfazione nei confronti del trattamento. A questo proposito, un altro aspetto che potrebbe essere utile indagare sono le aspettative dell'utente in riferimento all'obiettivo immaginato e al ruolo che attribuisce a sé stesso e al terapeuta per il suo conseguimento. Infatti, l'aspetto della definizione degli obiettivi è risultato particolarmente significativo per quanto riguarda la percezione di efficacia del trattamento. Coloro che avevano avuto modo di definire gli obiettivi insieme al terapeuta hanno mostrato una maggiore consapevolezza rispetto al percorso fatto, sensazioni di progressione e miglioramento nel momento in cui questi venivano rinegoziati.

Lavorare in questa direzione potrebbe rappresentare un'occasione per la co-costruzione di un contesto di significati comune tra il clinico e il cliente, in grado di favorire una rappresentazione condivisa del problema, rispetto a cui muoversi nella direzione di un cambiamento. Collegandoci a quanto detto in precedenza, il posizionamento attivo del cliente all'interno dei discorsi raccolti è sembrato influire positivamente sui vissuti degli utenti rispetto al trattamento. Inoltre, per lavorare in questa direzione, si potrebbero istituire, nel corso della terapia, dei momenti di confronto o di valutazione intermedia, in cui fermarsi a guardare insieme al percorso fatto e valutare se si sta procedendo nella stessa direzione, a che punto ci si trova rispetto agli obiettivi iniziali, e, in relazione a ciò decidere, eventualmente, di rinegoziarli.

La concettualizzazione della relazione terapeutica offerta dai clinici di uno scenario unico che si genera dall'interazione sempre diversa dei due attori presenti, consente una riflessione sul drop out che si allontana da un'ottica di prevenzione – come spesso; invece, è sottolineato dalla letteratura e dalle metanalisi sulle strategie utili a prevenirlo – e si sposta, piuttosto, in un'ottica pragmatica e di significazione del fenomeno all'interno della specifica relazione terapeutica. In tal senso il drop out non sarebbe sempre da intendere come un fallimento terapeutico ma in alcuni casi potrebbe addirittura essere indicatore di un successo terapeutico se ha una valenza terapeutica positiva per la persona.

A questo proposito, si è potuto notare come alcuni clienti abbiano riportato di aver deciso di interrompere il percorso poiché lo sentivano esaurito nelle sue potenzialità trasformative, e quindi alla luce della ricerca di maggiori opportunità.

Questo aspetto, in linea con quel concetto di “conclusione del percorso” comune alle varie teorie del cambiamento, ovvero all’idea dell’interiorizzazione avvenuta in terapia di un processo di crescita personale e di salute che viene poi mantenuta nel tempo (Bartholomew et al., 2019; Canevaro, 2014), ha sottolineato il valore trasformativo di tale scelta.

I vissuti di interruzione dei clienti hanno assunto connotazioni diverse in relazione all’aver, o meno, potuto avere un confronto con il terapeuta, unitamente ad una sua risposta comprensiva o di legittimazione nei confronti della scelta presa. Più in generale, i vissuti connotati da emozioni negative si sono caratterizzati per il dolore e la sensazione di perdita nei confronti di un rapporto fisso, “*una routine*”, che, nel venire a mancare, ha generato, in alcuni casi, ansia connessa alla possibilità di rimanere da soli con i propri problemi. Un lavoro sui vissuti dell’interruzione potrebbe essere auspicabile in quanto ancora potenzialmente promotore di un cambiamento. Infatti, essendo la separazione inserita all’interno di un contesto relazionale, quello terapeutico, capace di generare province di significato (Salvini & Dondoni, 2011) potrebbe costituire un momento favorevole ad esso. Pertanto, incoraggiare da parte del terapeuta un confronto con il cliente e istituire un momento di valutazione rispetto al percorso fatto potrebbe essere una strategia utile per intercettare la volontà del cliente di abbandonare il trattamento prima che questo avvenga in assenza di comunicazione. Inoltre, così facendo, si creerebbe anche la possibilità di un incontro comprensivo volto all’esplorazione delle motivazioni e delle anticipazioni che guidano la scelta, generando un ulteriore momento terapeutico utile al cliente e in grado di favorire un vissuto positivo relativo all’evento.

In conclusione, il carattere trasformativo dell’esperienza del lasciarsi in psicoterapia emerso dai discorsi dei clienti e dei terapeuti intervistati all’interno della presente ricerca, apre alla possibilità di guardare ad esso come parte integrante di un percorso terapeutico più ampio, svincolato dal singolo trattamento specifico e maggiormente ancorato all’etimo stesso della parola “percorso”: un cammino composto di più fasi entro cui passare nella direzione di un cambiamento, in cui poter contemplare, di volta in volta, adattamenti e cambiamenti, non ultimo quello relativo al terapeuta, che si rendono necessari in relazione al mutare delle rappresentazioni, concettualizzazioni e anticipazioni del cliente.

E per i terapeuti potrebbe configurarsi come un momento costruttivo e formativo che aumenta di utilità nel confronto con colleghi.

A tal proposito, si potrebbero creare dei momenti di condivisione che coinvolgano anche terapeuti di orientamenti teorici diversi. Ciò permetterebbe di avere accesso a un maggior numero di significati relativi al fenomeno, offrendo spunti di riflessione per i terapeuti stessi, occasione di confronto e apprendimento rispetto a tipologie e modalità di intervento da usare in modo pragmatico nelle specifiche situazioni.

Riferimenti bibliografici

Bartholomew, T.T., Lockard, A. J., Folger, S.F., Low, B.E., Poet, A.D., Scofield, B.E., Locke, B.D., (2019). Symptom reduction and termination: client change and

- therapist identified reasons for saying goodbye. *Counselling Psychology Quarterly*, 32(1), 81-99.
- Canevaro, A. (2014). Dropout e fallimento terapeutico sono la stessa cosa? Drop-out e fallimento terapeutico sono la stessa cosa? *Psicobiattivo: rivista quadrimestrale di psicoterapie a confronto : XXXIV, 1, 2014*.
- Castiglioni, M., & Faccio, E. (2010). *Costruttivismi in psicologia clinica: teorie, metodi, ricerche*. Utet Università.
- Constantino, M.J., Arnkoff, D.B., Glass, C.R., Ametrano, R.M., Smith, J.Z. (2011). Expectations. *J Clin Psychol*, 67(2):184-92. doi: 10.1002/jclp.20754. PMID: 21128304.
- Delgadillo, J., Branson, A., Kellett, S., Miles-Hotoon, P., Hardy, G.E., & Shafran, R. (2020). Therapist personality traits as predictors of psychological treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 30, 857-870
- Gergen K.J., & Mary M. Gergen, (2008). *Social Construction and Psychological Inquiry, Chapter 9, 2008*.
- Greenberg, R.P., Constantino, M.J., Bruce, N., (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26, 6, 657-678.
- Harper, G., Kember, D. (1986). *Approaches to Study of Distance Education Students*.
- Homan, J. B. (2019). *Attrition and Psychotherapy. ProQuest.Dissertations, Portland State University, Oregon*.
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 159–172. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.159>
- Lingiardi, V., Tanzilli, A., & Colli, A. (2008). Interventi del terapeuta e interazioni collaborative: alcune riflessioni sui processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica. *Setting*, 25, 29-51.
- McCracken, G. (1988). *The long interview (Vol. 13)*. Sage.
- Merton, R. (1948). The Self-Fulfilling Prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193-210.
- O'Keeffe S., Martin P., Target M., Midgley N., (2019). 'I Just Stopped Going': A Mixed Methods Investigation Into Types of Therapy Dropout in Adolescents With Depression. *Frontiers in psychology*, 10, 1-14.
- Paradisi, G., Capo, R., Saettoni, M., & Gragnani, A. (2014). La valutazione del drop-out in un campione di terapeuti. *Associazione di Psicologia Cognitiva*. <https://www.apc.it/wp-content/uploads/2014/04/La-valutazione-del-drop-out-in-un-campione-di-terapeuti.pdf>
- Piselli, A., Halgin R.P. & MacEwan G.H. (2011) What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *"Psychotherapy Research"*, 21(4), 400-415.
- Roos, J., Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: a literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418.
- Salvini, A. (2010). Paradossi semantici e psicologici. *Scienze dell'Interazione. Rivista di Psicologia Clinica e Psicoterapia*, 2(2), 3-7.
- Salvini, A., Cavanna, D., (2011). Per una psicologia dell'agire umano. Il pensiero di un

maestro: Erminio Gius. *Scienze dell'Interazione. Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, 3(1).

Salvini, A., Dondoni, M., (2011). *Psicologia Clinica dell'Interazione e Psicoterapia*. Milano, Giunti Editore.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of clinical psychology*, 56(2), 233-243.