

## Drop-out e fallimenti terapeutici sono la stessa cosa? (\*)

Alfredo Canevaro

*“Ma allora”, ardui commentare, “siete ancora lontano dalla soluzione...?”.*  
*“Ci sono vicinissimo”, disse Guglielmo, ma non so a quale”.*  
*“Quindi non avete una sola risposta alle vostre domande?”.*  
*“Adso, se l'avessi insegnerei teologia a Parigi”.*  
*“A Parigi hanno sempre la risposta vera?”.*  
*“Mai”, disse Guglielmo, “ma sono molto sicuri dei loro errori”.*  
*“E voi”, dissi con infantile impertinenza. “non commettete mai errori?”.*  
*“Spesso”, rispose, “ma invece di concepirne uno solo ne immagino molti,*  
*così non divento schiavo di nessuno”.*  
Umberto Eco, *Il nome della rosa*

### BREVE RASSEGNA DELLE RICERCHE

Fino alcuni anni fa, nella scarsa bibliografia sul tema, si distaccava nettamente il libro di Sandra Coleman, pubblicato nel 1985, revisione esaustiva e molto stimolante nel suo intento di creare un'epistemologia del fallimento terapeutico.

In questo libro troviamo una serie di capitoli scritti da terapeuti familiari di grande fama come Whitaker, Beavers, Watzlawick ed altri che commentano alcuni fallimenti terapeutici, tentando di darne la propria definizione, ovviamente legata con quella del successo terapeutico, concetto ugualmente relativo e dipendente dall'ideologia terapeutica.

Per esempio Whitaker e Keith dicono: *“Ci sono successi parziali e fallimenti parziali. A volte gli individui hanno successo e i familiari falliscono; o viceversa. Il tema è complicato perché il fallimento può essere successo e il successo un fallimento. Sarà che successo e fallimento sono concetti lineari che non si possono applicare ad un sistema familiare?”* .

Loro pensano che il successo c'è quando una famiglia arriva ad un sentimento di totalità, di integrità, di assurdità e quando arriva alla capacità di risolvere i problemi individuali o di gruppi in

ALFREDO CANEVARO psichiatra psicoterapeuta Membro ordinario della SIPPR. Membro della American Family Therapy Academy. Docente della scuola di psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”

[alcanev@gmail.com](mailto:alcanev@gmail.com)

\*Una prima versione di questa ricerca è stata pubblicata (1995) in “I fallimenti terapeutici” di A. Canevaro in *Famiglia; continuità, affetti, trasformazioni*, a cura di Loredano, C. Malagoli, M. e Micheli M., Franco Angeli, Milano e posteriormente rielaborata in Canevaro, A., *Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*, Borla, Roma, 2009

**Psicobiettivo \* volume XXXIV 1-2014**

relazione con la comunità.

Ogni autore ha un concetto proprio ma in generale tutti affermano che aiutare ad aumentare l'efficienza familiare, soddisfare le loro aspettative e soprattutto il 'prendersi cura' di loro costituiscono gran parte delle proprie responsabilità terapeutiche.

Segal e Watzlawick insistono nel sottolineare l'ambivalenza dei pazienti di fronte al cambiamento, l'importanza di conoscere i tentativi falliti precedentemente, per non commetterli nuovamente e soprattutto il concetto che "più della stessa soluzione insoddisfacente porta a più del problema stesso". Ricordano la famosa Frase di Don Jackson "*non ci sono problemi irrisolvibili, ma ci sono terapeuti inetti*" e insistono sull'importanza che almeno uno dei membri della famiglia deve definirsi come cliente, cioè deve riconoscere i suoi problemi, e cercare l'aiuto per risolverli.

Howard Liddle vorrebbe definire il fallimento terapeutico come feed-back utile per ridisegnare e ricalibrare i nostri modelli terapeutici, considerando alcuni fattori che incidono in esso, fattori nella famiglia, nel modello, nel terapeuta, e nel contesto terapeutico.

Per ultimo, Coleman e Gurman si chiedono se ci sono segnali specifici che possono indicare l'imminenza dei fallimenti e se questi variano a seconda delle scuole di Terapia Familiare. Se ci sono ipotesi generali che vengono formulate e se c'è qualche segnale sul timing in cui questi avvengono.

Così, nella stesso modo si chiedono se ci sono differenze qualitative legate a problemi specifici; come per esempio: se il fallimento in una famiglia dove c'è uno schizofrenico, è diverso da un'altra dove c'è un ragazzo con problemi scolastici.

Nell'analisi dei suddetti casi, Coleman e Gurman segnalano alcune interessanti ridondanze, come per esempio: in quasi il 90% dei casi il problema evolutivo più importante gira intorno alla 'sindrome del nido vuoto' e dei problemi del leaving-home, così come l'importanza dello studio del ciclo della vita familiare e dei pattern intergenerazionali che sono quasi sempre presenti. Un'altra ridondanza molto importante trovata è che il 75% dei loro casi avevano avuto precedenti trattamenti.

Fra gli altri fattori del pre-trattamento, si distacca nettamente la fonte di invio come la circostanza più importante, soprattutto se vengono spontaneamente o inviati da una istituzione, o legalmente coatti.

Cioè, tutti gli autori insistono nel percepire la genuina motivazione di una terapia come uno dei fattori più importanti di successo terapeutico.

Coleman e Gurman definiscono il fallimento terapeutico come un "*risultato finale sfortunato diverso dalle sincere aspettative e obiettivi da noi fissati*". Essi si sforzano di sviluppare un modello clinico di previsioni dei fallimenti terapeutici, e questo è uno dei maggiori meriti della loro ricerca che si impegna nell'essere oggettiva e non moralista.

Lo sforzo rinnovatore della terapia familiare nel campo delle psicoterapie enfatizza lo studio dei fattori personali e professionali del terapeuta e del sistema terapeutico come ha affermato soprattutto la seconda cibernetica e il costruttivismo.

Il valore etico di questa posizione neutralizza l'eccessiva attenzione posta nella resistenza del paziente come sottolineava la psicoanalisi rigida di una volta (dimenticando che Freud diceva che nessun psicoanalista va oltre le sue resistenze e i suoi complessi) e nei meccanismi omeostatici delle famiglie, come privilegiava la prima cibernetica, invitando al terapeuta a rivedere il suo stesso coinvolgimento emozionale nel compito.

Non è mai ozioso analizzare i fattori personali del terapeuta, la sua motivazione, la sua scelta vocazionale e i fattori che condizionano il suo operato, come vedremo più avanti.

## **DISTINZIONE TRA DROP-OUT E FALLIMENTO TERAPEUTICO**

Una omissione presente in tutte queste pubblicazioni è quella di differenziare il drop-out dal fallimento terapeutico.

In una revisione molto completa sul drop-out nella terapia di coppia e familiare, pubblicata in un Family Process del 1993, Bischoff e Sprenkle si sforzano di definire il termine. Considerano il drop-out come fine prematura del trattamento basandolo su due criteri: nella durata del trattamento e nel giudizio del terapeuta sull'appropriata fine. Citano la definizione di Sledge e Moras (1990) sul drop-out nella psicoterapia individuale, quando dicono che sono "*pazienti che unilateralmente e improvvisamente cessano di fissare incontri comunicando o senza comunicare al terapeuta, e senza il suo consenso*".

Essi riportano in una statistica il 67% di abbandoni nella terapia breve e il 61 % nella terapia a lunga scadenza. Invece Algood e Crane, (1993) in uno studio sul drop-out nella terapia di coppia in una clinica universitaria fra il 1981 e il 1985, segnalano l'abbandono del 15%.

Garfield: nel 1986, definisce i pazienti di drop-out come "*chi è stato accettato nella terapia, interviene minimamente a una seduta e abbandona il trattamento di sua iniziativa senza ritornare ad una prossima seduta già fissata*".

Bischoff e Sprenkle (1993) studiano tre variabili che riguardano: 1) il paziente, 2) il terapeuta, 3) il processo terapeutico, e suggeriscono alcuni interventi specifici per diminuire il rischio dei drop-out.

Fra le prime, mettono in evidenza il non coincidere nella definizione del problema e il non sentirsi capiti dal terapeuta, l'essere inviati da un'istituzione o costretti legalmente, e quando c'è mancanza di partecipazione del coniuge, o del padre se il paziente identificato è un bambino. Fra le variabili del terapeuta, tutti gli studi concordano nel fatto che la mancanza di partecipazione attiva del terapeuta, già dalla prima seduta, è un fattore molto importante. Così, nello stesso modo, la predizione intima del risultato che fa il terapeuta è uno dei fattori che generalmente si associano al drop-out.

La *capacità operativa del terapeuta*, cioè la fiducia in se stesso, la chiarezza, lo stimolo dell'interazione e la sua abilità nella stabilire un buon joining con la famiglia sono considerate molto importanti mentre la capacità relazionale, ossia l'empatia, l'essere caldi, la sua integrità affettivo-comportamentale, e il suo umore sono considerati da Alexander (1976) come le più importanti. Egli afferma che la differenza fra due risultati mediocri la dà la capacità operativa, ma la differenza fra un risultato buono e uno eccellente la stabilisce la sua capacità relazionale. È interessante segnalare che pochissimi terapeuti si preoccupano di chiedere ai pazienti perché abbandonano il trattamento, e di sapere se le loro aspettative sono state soddisfatte.

Bischoff e Sprenkle fanno menzione anche di una ricerca realizzata da Russel nel 1987 sull'avvio al trattamento nella sua istituzione, dove osserva che nella maggior parte dei casi di drop-out c'erano due costanti: 1) la mancanza di partecipazione da parte dei familiari più significativi e 2) i problemi con altri professionisti partecipanti al trattamento.

Lavorando preventivamente su questi due temi sono riusciti a diminuire significativamente il tasso di abbandono.

In un'interessante sintesi sul tema, la fa Navarro Gongora, (1991) questo ricercatore spagnolo, cita un curioso lavoro di Presley del 1987, il quale analizza il drop-out dalla prospettiva del paziente. Da questo studio emergono alcuni dati che confermiamo dall'esperienza clinica, ed è che non sempre il drop-out è sinonimo di peggioramento. Il 79% dei pazienti seguiti da Presley mostravano un miglioramento dopo la prima seduta e un altro dato importante, è che dei pazienti migliorati l'89% simpatizzavano col terapeuta e si erano sentiti compresi da lui.

In un'intensa esperienza in una comunità terapeutica per psicotici e i loro familiari, che abbiamo fondato nel 1968 a Buenos Aires con Garcia Badaracco e Proverbio, e che ho co-diretto fino al 1981, ho avuto occasione di analizzare il processo terapeutico di centinaia di pazienti che avevano alcune caratteristiche in comune: 1) presentavano una serie di sintomi psicopatologici considerati come grave disfunzionalità psichiatrica; 2) erano stati più volte ricoverati e avevano seguito vari trattamenti psicoterapeutici individuali; 3) entravano nell'istituzione inviati dal loro ultimo psicoterapeuta dopo una crisi o un'impasse terapeutica prolungata.

L'osservazione di questi processi terapeutici complicati metteva in evidenza l'importanza di considerare questi trattamenti come un lungo cammino costellato di diverse esperienze terapeutiche, che potevano essere complementari e successive se le si concettualizzava in questa maniera.

Cioè un abbandono terapeutico non può essere considerato sempre negativo, soprattutto se ha un senso terapeutico positivo, cioè se si cambia per migliorare.

L'importanza di vedere questi processi terapeutici da un metalivello che comprendeva i pazienti, i terapeuti e i familiari permetteva di classificare questi drop-out come a volte inevitabili in trattamenti considerati difficili e complessi.

Avendo i terapeuti un maggior grado di esposizione sociale in gruppi multifamiliari e in riunioni collettive, dava ai pazienti e ai loro familiari la possibilità di scegliere ed arrivare a un cambiamento con minor possibilità di errori.

Le condizioni personali dello psicoterapeuta come per esempio la sua tolleranza alla sofferenza psichica, la sua abilità relazionale, e la sua capacità di empatia, passavano ad essere caratteristiche prioritarie difficili da valutare se non si hanno esperienze terapeutiche condivise.

Perciò, un'esperienza di questa tipo permette discriminare più accuratamente i drop-out, e vedere quando dipendono da un sabotaggio da parte della famiglia, quando da una stanchezza personale del terapeuta, o quando da un trattamento che assume le caratteristiche di una reazione terapeutica negativa, della descrizione freudiana (Garcia Badaracco e Canevaro, 1970)

A volte, il cambiamento di un terapeuta è dovuto semplicemente al fatto che l'incontro terapeutico ha dato il massimo frutto, ed è necessario, di comune accordo, un rinnovamento.

Quando questa non è possibile nello stesso sistema terapeutico, cioè introducendo modificazioni nel setting, ampliando a membri della famiglia non coinvolti precedentemente, o includendo una co-terapia, allora è necessario il cambiamento del terapeuta, che se viene fatto avendo elaborato l'impasse terapeutico, ha maggiori opportunità di successo, perché è considerato un miglioramento delle condizioni e non una nuova frustrazione tanto per i pazienti come per il terapeuta.

È ovvio che perché questo si possa fare è necessario capire la psicoterapia come un processo con leggi proprie e tappe che possono essere definite e comprese in funzione di un incontro terapeutico dove le caratteristiche personali dei componenti debbono essere incorporate come variabili molto importanti dello stesso processo.

È anche ovvio dire, che fra queste variabili c'è quella del narcisismo terapeutico, che può essere un aspetto fondamentale da superare. Per narcisismo terapeutico intendo quella difficoltà di oggettivare i problemi di un trattamento, di riferirli solo ad un attacco personale al terapeuta e la reticenza a chiedere aiuto come una supervisione o una co-terapia che possano superare quello stesso impasse.

Perciò, nella mia definizione di fallimento terapeutico restringo la categorizzazione a quegli impasse terapeutici la cui inelaborabilità conduce ad un abbandono di ogni possibilità di comprensione e aiuto psicologico. Cioè, quei trattamenti la cui negatività conduce ad un deterioramento, o al suicidio del paziente identificato o di un familiare significativo, o semplicemente all'abbandono di ogni speranza di cambiamento.

La possibilità di studiare e capire meglio i fallimenti terapeutici conduce ovviamente ad una prevenzione più approfondita di questi risultati, precisando dall'inizio questa possibilità, come responsabilità condivisa all'interno dello stesso sistema terapeutico.

Quando le condizioni oggettive del trattamento e dello studio delle precedenti esperienze terapeutiche lo dimostrano, è importante incorporare il cambiamento del terapeuta come una tappa possibile o necessaria di questo stesso processo. In questo caso, il contatto con precedenti e futuri terapeuti diventa necessario, non solo eticamente ma anche come parte di una filosofia terapeutica che possa migliorare i risultati nella terapia individuale e familiare.

Lavorando con pazienti gravi è frequente assistere ad acting-out talvolta drammatici come tentativi di suicidio, aggressioni o crisi che hanno la caratteristica comune di provocare una urgenza che altera tutti i setting terapeutici stabiliti e convoca familiari, amici e terapeuti che cercano di trovare la miglior soluzione al problema.

Forte di questa dinamica, da anni lavoro in equipe nel tentativo di prevenire suddetti acting-out prevedendo sistematicamente a priori ogni 2-3 mesi incontri programmati del paziente index, la sua famiglia e i terapeuti individuale e familiare.

Questi incontri hanno il senso di condividere l'informazione, cercare di risolvere i problemi sollevati dalle terapie e integrare i materiali sorti nelle sedute individuali e famigliari al fine di integrare mondo interno e mondo esterno dei pazienti ed, evitare dissociazioni pericolose.

Il semplice fatto di organizzare questi incontri a priori permette che sia il paziente come i suoi familiari e i terapeuti abbiano una scadenza temporale di questi momenti di incontro che fanno nel contempo da contenitore di ansie e permettono una lettura comprensiva dei comportamenti disturbati che hanno così maggiori possibilità di essere capiti.

Il rispetto alla privacy di ogni membro della famiglia non impedisce che previo consenso molti argomenti siano trattati in una ottica di incontro che permette affrontare dissensi, unire opinioni e tracciare linee guida per il trattamento che favorisca così sinergizzare le risorse in atto.

## UN ESEMPIO CLINICO

Qualche anno fa vengono da me Marta, 30 anni e sua madre durante una piccola vacanza del suo lavoro in una grossa città dove si era trasferita a studiare Scienze della Formazione. Dopo la laurea aveva trovato un lavoro che le permetteva mantenersi ed anche seguire una terapia di stampo psicoanalitico a due sedute a settimana da due anni per episodi di ansia, depressione e attacchi di panico.

Loro mi chiedono di cominciare una terapia familiare alla quale si aggiungerebbe posteriormente il padre e Marta racconta molto angosciata che vuole interrompere il suo trattamento e che la sua analista non glielo permetteva. Un po' sorpreso le chiedo l'autorizzazione di parlare con la sua analista per spiegarle la venuta di Marta con la sua famiglia e intercambiare informazione al suo riguardo. Telefono alla collega che si dimostra alquanto sorpresa della richiesta terapeutica della famiglia di Marta così come delle affermazioni al suo riguardo. Dice che Marta aveva fatto grandi progressi nella sua autonomizzazione di una famiglia invischiante e che quando stava per conseguire questo affrancamento viene risucchiata dalla famiglia, per cui lei insisteva che non abbandonassi la terapia proprio in quel momento. Non si oppone alla psicoterapia familiare se Marta lo desidera ma non vuole partecipare a nessuna riunione con Marta e la famiglia giacché nella sua tecnica questa non è previsto.

Faccio alcuni incontri con i genitori e un fratello di Marta dove si evidenziano soprattutto da parte del padre, molte angosce di morte riguardo a se stesso, con la paura che si ripeta la situazione traumatica che visse migrando da una città del sud in cerca di lavoro lasciando suo padre che morì poco dopo di un infarto.

Durante l'incontro nel quale lui piange sconsolato raccontando questo fatto, li faccio avvicinare e Marta abbraccia teneramente suo padre carezzandolo. Molto più sereno si dispone all'esercizio dello zaino e lascia come dono a Marta, il suo amore per i figli affinché lei lo trasmetta ai propri figli che sono secondo lui la più grande benedizione, la sua tenacia per perseguire i suoi obiettivi senza demordere.

E la sua onesta giacché nella vita ti ripaga, volendo bene ai congiunti e rispettando gli altri, Marta lascia di se al padre il suo amore per la natura per godersela e rispettarla, la leggerezza con la cui vivere senza il peso della tristezza e l'amore per fa musica che ti riempie l'anima e ti fa vivere più felice. Finiscono con un abbraccio lungo e affettuoso dove il padre carezza soavemente la testa di Marta che sorride felice.

Dopo questi incontri che sono durati 4 mesi è evidente che Marta sta ogni giorno meglio e non ha più gli attacchi di panico e adesso gli è più facile ringraziare la sua analista per il tempo in cui l'aveva aiutata ma che si sente già forte per continuare da sola, cosa che anche trova la terapeuta d'accordo.

È evidente che l'incontro emotivo con i suoi aiutò la differenziazione di Marta che solo allora sentì possibile partire verso se stessa, potendo anche ringraziare l'aiuto ricevuto dalla terapeuta che sebbene con una ottica differente, voleva lo stesso traguardo per la sua paziente. Se avessimo potuto

fare qualche incontro condiviso con Marta, la sua famiglia e la terapeuta si sarebbe arrivato molto più fluidamente a quel risultato senza sottoporla a una doppia lealtà che la terrorizzava e a un braccio di ferro con la famiglia che non faceva che prolungare il malinteso.

## NOTE

\* Una prima versione di questa ricerca è stata pubblicata (1995) in ["I fallimenti terapeutici" di A. Canevaro in Famiglia: continuità, affetti, trasformazioni, a cura di C. Loredi, M. Malagoli Togliatti M. e M. Micheli, FrancoAngeli, Milano](#), e posteriormente rielaborata in [A. Canevaro, "Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi", Borla, Roma, 2009](#)

## BIBLIOGRAFIA

Alexander F., Barton C, Schiavo R.S., Parsons B.V. (1976) "Systems behavioural intervention with families of delinquents. Therapist characteristics, family behaviour and outcome", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44: 656-664, in Bischoff R., Sprenkle D. (1993), "Dropping out of Marriage and Family Therapy", *Fam. Proc.*, vol. 32, Sept.

Algood S.M., Crane D.R. (1993) "Predicting marital therapy drop-outs", *Journal of Marital and Family Therapy*, 17: 73-79, in Bischoff R., Sprenkle D., "Dropping out of marriage and Family Therapy", *Fam. Proc.*, vol. 32, Sept.

Bischoff R., Sprenkle D. (1993) "Dropping out of marriage and Family Therapy: a critical review of research", *Fam. Proc.*, 32: 353-366, Sept.

Bowen M. (1978) "Storia del movimento familiare", *Terapia Familiare*, 3

Canevaro A. (1982) "El contexto trigeneracional en Terapia Familiar", *Terapia Familiar*, 9, Ed. Ace, Buenos Aires

Coleman S. (1985) *Failures in Family Therapy*, The Guilford Press, New York

Coleman S., Gurman A. (1985) "An analysis of family therapy failures", 10 Coleman S., *Failures in Family Therapy*, The Guilford Press, New York, pp. 333-388

Garcia Badaracco J., Canevaro A. (1970) "La reaccion terapeutica negativa y la influencia familiar", in *Patologia y Terapeutica del Grupo Familiar*, Ed. Fundacion Acta, Buenos Aires

Garfield S.L. (1986) "Research on client variables in psychotherapy", in Garfield S.L., Bergin A. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, 3a ed., John Wiley and Sons, New York

Giacometti K. (1981) "Terapia Familiar: un modelo de desarrollo y una propuesta de clasificacion", *Terapia Familiar*, 7-8, Ed. Ace, Buenos Aires

Keith D., Whitaker C (1985) "Failure, our bold companion" in Coleman S.A., *Failures in Family Therapy*, The Guilford Press, New York, pp. 8-23

Liddle H. (1985) "Five factors of failure in structural-strategic family therapy", in Coleman S., Failures in Family Therapy, The Guilford Press, New York, pp. 152-188

Navarro Gongora I. (1991) (Comunicacion personal del autor) Fac. de Psicologia de Salamanca, Espana

Presley J.H. (1991) "The Clinical Drop-out: a view from the client's perspective", in Navarro Gongora I., Social-casework, 3: 603-608

Russell M.Y., Lang M., Brett B. (1987), "Reducing drop-out rates through improved intake procedures", Social Casework, 68: 421-425, in Bischoff R., Sprenkle D. (1993), "Dropping out of marriage and Family Therapy", Fam. Proc., 32, Sept.

Segal L., Watzlawick P. (1985) "On window shopping or being non customer", in Coleman S., Failures in Family Therapy, The Guilford Press, New York, pp. 8-23

Sledge W.H., Moras K., Hartley D., Levine M. (1990) "Effect of time-limited psychotherapy on patient drop-out rates", The American journal of Psychiatry, 147: 1341-1347

**RIASSUNTO.** Questa relazione intende promuovere uno spazio di riflessione su una situazione clinica molto conosciuta da ogni psicoterapeuta e stranamente poco studiata nella letteratura e poco trattata negli appositi congressi. Questo lavoro intende differenziare il drop-out dal fallimento terapeutico, e mettere a fuoco una definizione di esso in funzione del processo terapeutico di un individuo, di una coppia e di una famiglia.

In linea con il trend emergente di questo decennio che inizia ad interessarsi dei risultati nella terapia familiare, si sforza di rivalutare questa come scienza clinica, ricordando che la sua nascita come disciplina si deve in gran parte al desiderio di superare precisamente i fallimenti terapeutici.

Parole chiave: drop-out; fallimento terapeutico; terapia familiare; risultati terapeutici.