

QUANDO CI SI FERMA A POCHI COLLOQUI. Non-starter, dropout o psicoterapie brevissime?

Ettore De Angeli, Manuela Pavon**, Alfio Maggiolini****

** Psicoterapeuta*

*** Psicologo, Scuola Minotauro*

****Psicoterapeuta, Direttore della Scuola di Psicoterapia del Minotauro.*

Riassunto

È frequente che pazienti e terapeuta si incontrino per pochissimi incontri (talvolta uno solo) dopo i quali non inizia un percorso terapeutico. Dietro questa interruzione, normalmente definita come *dropout*, vi sono in realtà esperienze molto diverse. In alcuni casi è anche possibile che gli effetti clinici e la percezione del paziente siano positive. Negli ultimi anni la psicoterapia si sta muovendo verso interventi brevi o brevissimi, fino alla proposta di una terapia a seduta singola, ma l'importanza della relazione come fattore terapeutico pone dei dubbi sulla tenuta dei risultati di trattamenti che si limitino a pochi colloqui.

Parole chiave: *non-starter – dropout – psicoterapie brevi – terapia a seduta singola*

Quando finiscono le psicoterapie

Ci sono psicoterapie che durano per mesi e anni e che arrivano alla loro naturale conclusione in modo concordato, con un positivo accordo tra psicoterapeuta e paziente sul raggiungimento degli obiettivi e del cambiamento auspicato. La maggior parte delle psicoterapie, tuttavia, si chiude prematuramente, in modo non concordato, spesso per decisione del paziente, una decisione che a volte non è nemmeno comunicata allo psicoterapeuta che si limita a prenderne atto.

In molti casi le interruzioni si hanno dopo il primo colloquio o dopo pochissimi colloqui. In questo caso si parla di *non-starter*, perché la psicoterapia non si è nemmeno avviata. Quando, invece, l'interruzione avviene dopo un certo tempo dall'avvio del trattamento si parla di *dropout*.

Non solo le interruzioni precoci sono numerose, ma le psicoterapie che non si avviano e che si chiudono dopo una singola seduta sono le più frequenti. Per questo si può dire che la lunghezza più comune di psicoterapia, a prescindere dall'orientamento del terapeuta, dalla diagnosi del paziente e dal tipo di trattamento, è la seduta singola (Talmon, 1990).

Le interruzioni precoci dipendono da diversi fattori e non solo dalla psicopatologia del paziente o dalla sua ambivalenza nei confronti del trattamento.

Il lavoro con gli adolescenti è una situazione esemplare per illustrare le difficoltà di avviare e proseguire un trattamento come concordato. Non a caso molti psicoterapeuti hanno dovuto modificare l'approccio alla psicoterapia dell'adolescente, proponendo psicoterapie brevi (Aliprandi, Pelanda, Senise, 2004) o brevissime, fino a quattro colloqui (Adamo, 1990). Queste revisioni avevano spesso lo scopo dichiarato di prevenire l'abbandono della psicoterapia dell'adolescente, quasi anticipandolo (Maggiolini, Pietropolli Charmet, 2004).

Se si pensa alla psicoterapia degli adolescenti come a un intervento sulla crisi (Pietropolli Charmet, 1999), questa può essere ragionevolmente di breve durata. In una fase evolutiva caratterizzata da dinamiche di dipendenza/contro-dipendenza, di bisogni di autonomia e regressione, la scelta di intervenire tempestivamente, anche con terapie di breve durata, può essere clinicamente efficace. Nel tempo sono stati messi a punto diversi modelli di psicoterapia breve con gli adolescenti, che hanno alcune caratteristiche comuni, quali la durata limitata nel tempo, la focalizzazione sui problemi attuali e il ruolo attivo assegnato al soggetto. Anche se non sempre gli interventi brevi con gli adolescenti sono i più adeguati alla variabilità delle situazioni cliniche, la possibilità di orientarsi verso interventi anche brevissimi può, in determinate occasioni, risultare una strategia adeguata a gestire una domanda altrimenti non intercettabile.

La domanda di psicoterapia è cambiata

Al di là degli adolescenti, comunque, è l'idea generale della psicoterapia a essere cambiata e questo ha portato a importanti variazioni nella domanda di cura. Oggi l'idea che i pazienti hanno della psicoterapia è diversa da quella di qualche decennio fa. Il paziente di oggi è più informato e vuole conoscere il percorso che gli si chiede di intraprendere. Come accade per le malattie fisiche, anche per i problemi psicologici i pazienti spesso cercano in internet una loro definizione e studiano il profilo dello psicoterapeuta a cui rivolgersi. Il ricorso al *web* come fonte di informazione medico-sanitaria produce da un lato la sensazione di una maggiore consapevolezza, dall'altro può comportare un aumento di aspettative e di potenziale confusione da parte del paziente, con l'effetto di generare una maggiore ansia.

Il cambio di paradigma riguarda più in generale la "dominanza medica" (Freidson, 2002).

Il riconoscimento del “potere di cura” esercitato dal medico sul paziente passa prima di tutto attraverso la considerazione del malato come cittadino, delle cui preferenze e inclinazioni si deve necessariamente tener conto. Il processo di cura si sviluppa come una vera e propria partnership tra clinico e paziente. Anche la normativa sul consenso informato presuppone la partecipazione e l’adesione attiva del paziente alle decisioni che lo riguardano. In questo quadro il paziente non si affida al medico, ma vuole essere informato e, se pensa di avere possibilità di scelta, si orienta spesso a modelli più brevi di trattamento.

Nella ricerca della brevità del trattamento contano, ovviamente, anche fattori economici che possono influenzare non solo il paziente, ma anche i servizi psicosociosanitari, che tendono a offrire interventi il più possibile brevi, anche per aumentare il numero dei pazienti che possono usufruirne.

Le disuguaglianze economiche hanno importanti conseguenze sulla salute mentale, talvolta paradossali. Una condizione svantaggiata è legata a una maggiore frequenza di diversi disturbi mentali, da disturbi psicosomatici, a suicidi e comportamenti a rischio, come abuso di alcol o droghe (Parmar, Stavropoulou, Ioannidis, 2016; De Vogli, Vieno, Lenzi, 2014). Anche la disoccupazione ha un impatto sulla salute psicofisica in generale e aumenta significativamente, nello specifico, il rischio di suicidio, i disturbi mentali e le malattie cardiovascolari stress correlate (Khang et al., 2005). Non sempre, tuttavia, a questa diffusione del disagio psicosociale corrisponde un aumento della domanda di psicoterapia. Paradossalmente, infatti, c’è piuttosto una minore domanda di cura proprio da parte delle fasce più deboli della popolazione.

I non-starter

È esperienza comune di molti psicoterapeuti il fatto che un consistente numero di persone interrompa la terapia dopo pochissime sedute, spesso dopo un unico incontro. Perché molti pazienti interrompono? In genere si pensa che gli psicoterapeuti raccomandino il trattamento a coloro che richiedono aiuto (Clarkin, Levy, 2003) e che il fatto che un paziente lasci la psicoterapia sia dovuto soprattutto alla sua scarsa motivazione o alle sue resistenze e ambivalenze verso la psicoterapia. Alcune recenti ricerche di Wang e Werbart (2012, 2014), tuttavia, mostrano che non sempre è così e che anzi spesso il mancato avvio della terapia è dovuto proprio allo psicoterapeuta più che al paziente, addirittura nel doppio dei casi.

Quando sono i pazienti a decidere di non avviare il trattamento, lo fanno per diverse motivazioni. Una prima ragione è che il problema è da loro gestibile nella vita quotidiana. Una seconda motivazione è che decidono di rivolgersi a un altro professionista o a un altro tipo di psicoterapia, che sentono più adeguato alle proprie problematiche. Ma c’è anche la

possibilità che, in realtà, sentano di aver tratto beneficio dalle iniziali sedute di valutazione e di non aver più bisogno di avviare una psicoterapia (Wang, Werbart, 2014).

Gli psicoterapeuti, più frequentemente, decidono di non proseguire proprio con pazienti difficili, che hanno una situazione lavorativa poco stabile, che sembrano pericolosi per sé o per gli altri e che hanno un basso livello di alleanza terapeutica. Sono soprattutto gli psicoterapeuti meno esperti o che lavorano in contesti lavorativi poco strutturati a essere meno propensi a iniziare la terapia con questi pazienti “difficili” e, in modo esplicito o implicito, a scoraggiare l’avvio della psicoterapia.

Il dropout

L’interruzione della psicoterapia, o *dropout*, è un fenomeno complesso. Con *dropout* normalmente si fa riferimento alla chiusura del trattamento da parte del paziente senza un accordo con il terapeuta. Il termine *dropout*, quindi, è spesso interpretato in un’accezione negativa, indicando la chiusura inattesa o non motivata di un percorso che sarebbe destinato a proseguire. In sostanza, un fallimento del progetto terapeutico.

Questa definizione, in realtà, non tiene conto dell’esperienza soggettiva del paziente e delle sue motivazioni e nemmeno del fatto che l’interruzione è un fenomeno relazionale e quindi può dipendere non solo dal paziente, ma anche dallo psicoterapeuta. Studiando un campione di adolescenti, alcuni ricercatori (O’Keeffe et al., 2019) hanno identificato tre diverse tipologie di *dropout*:

- le situazioni in cui i pazienti hanno beneficiato della terapia e hanno trovato quello che volevano;
- le situazioni definite *troubled*, in cui i pazienti hanno sentito durante i colloqui di entrare comunque in contatto con un problema della loro vita;
- le situazioni in cui i pazienti hanno interrotto per un senso di insoddisfazione rispetto alle proprie aspettative di aiuto.

Solo in questo ultimo caso il *dropout* è espressione di una vera e propria percezione di fallimento, mentre nelle altre situazioni l’interruzione mette, in modalità differenti, il paziente a contatto con una possibilità di cambiamento. Prendere in considerazione la prospettiva del paziente, quindi, è fondamentale per non ridurre ogni interruzione a un fallimento.

Tra i *fattori* che sono alla base dell’interruzione vi sono elementi che non sono necessariamente connessi alla personalità o alla condizione clinica dei pazienti, ma anche alle loro condizioni di vita e al loro livello socioeconomico. Watts e colleghi (2014) hanno visto come nei pazienti con disturbo post-traumatico solo il 2% arriva almeno a 8 colloqui, ritenuti la “dose” minima sufficiente per poter ottenere dei risultati clinici. Uno studio clinico condotto

presso l'Università Sapienza di Roma (Armando et al., 2010) per valutare il rischio di *dropout* su 90 pazienti con disturbo dell'umore ha individuato una percentuale di abbandono di circa il 42%, di cui l'89% entro la terza seduta.

In una meta analisi (Swift, Greenberg, 2012) che include 669 studi (coinvolgendo un totale di 83.834 pazienti) si è riscontrato un tasso di abbandono medio del 19,7%, con percentuali più elevate nel caso di disturbi della personalità: anche se i risultati mostrano un tasso di abbandono inferiore rispetto ad altri studi, da questi dati emerge che un paziente su cinque interrompe prematuramente la terapia. In uno studio condotto su 132 pazienti con diagnosi di disturbo di personalità, Busmann e colleghi (2019) hanno rilevato che, anche una volta superata la fase iniziale, il 28% del campione ha interrotto prematuramente il trattamento.

Il *dropout* in adolescenza

Il fenomeno dell'interruzione è particolarmente evidente nel trattamento degli adolescenti. Da tempo le ricerche suggeriscono che bambini e adolescenti con diagnosi psichiatrica non iniziano alcun trattamento o, comunque, vanno incontro a un prematuro abbandono in una percentuale che varia dal 31% al 78% dei casi (Burns et al.1995; Flisher et al.1997; Kazdin et al.1993; Leaf et al.1996).

In un più recente studio retrospettivo, i ricercatori hanno analizzato i registri assicurativi per 11.659 bambini e adolescenti che hanno iniziato il trattamento ambulatoriale e hanno scoperto che la maggioranza è rimasta in trattamento per meno di 2 mesi (Harpaz-Rotem et al. 2004).

Pelkonen e colleghi (2000), studiando i fattori contestuali e psicosociali degli adolescenti che interrompono precocemente i trattamenti psichiatrici, hanno evidenziato tra i fattori più importanti:

- il basso status socioeconomico;
- i problemi con la legge;
- l'utilizzo di sostanze stupefacenti.

Uno studio di Simon e colleghi (2010) riduce, invece, l'importanza attribuita alle caratteristiche demografiche e sottolinea la maggior rilevanza dei fattori interni nei casi di *dropout* precoce negli adolescenti. Un criterio centrale è l'importanza attribuita, da parte degli adolescenti stessi, alla psicoterapia. La percezione dell'utilità della psicoterapia, infatti, è uno degli elementi significativi che influenza l'interruzione del percorso stesso, indipendentemente da altre variabili, sociali o cliniche.

Accanto ai fattori di rischio, la letteratura ha studiato anche i fattori protettivi che permettono di prevenire le interruzioni. In un'ottica relazionale Ormhaug e Jensen (2018)

hanno rilevato come il *dropout* tra gli adolescenti sia meno frequente nelle situazioni in cui un genitore è presente alla prima fase di consultazione, nel momento in cui il ragazzo percepisce l'approvazione della terapia da parte di un genitore e quando si è creata una buona alleanza terapeutica. Il tipo di psicoterapia, invece, non è un predittore significativo.

Il comportamento di *dropout* in adolescenza sembra, pertanto, essere legato non solo al tipo di psicoterapia o alla relazione diadica tra il paziente e il clinico, ma anche e soprattutto alla percezione soggettiva, da parte dell'adolescente, che i genitori approvino l'intervento di cura. Questo conferma la necessità che i terapeuti tengano in debita considerazione la presenza reale dei genitori durante le prime fasi della consultazione, per l'importanza che gli adolescenti attribuiscono all'approvazione degli adulti di riferimento, pena l'interruzione del percorso.

Roos e Werbart (2013) ritengono che si possano identificare alcune caratteristiche specifiche del terapeuta e della relazione terapeutica che fungono da elemento di protezione dal *dropout*: l'esperienza del terapeuta, le sue abilità terapeutiche, la capacità di essere supportivi, la buona qualità dell'alleanza terapeutica, la soddisfazione percepita da parte del paziente e una buona gestione della fase pre-terapeutica. Queste considerazioni aprono ulteriormente a una lettura multidimensionale del *dropout*, in cui, accanto alle caratteristiche psicopatologiche o socioeconomiche del paziente, devono essere tenute in debita considerazione le variabili individuali legate alla persona e alle competenze del terapeuta, ma anche tutte le caratteristiche relazionali che creano un legame tra il paziente e il terapeuta.

Alla luce di queste considerazioni, è opportuno chiedersi se e in che modo la modifica della modalità di pensare gli interventi clinici possa essere, in determinati casi, un fattore di protezione rispetto al *dropout*. In altre parole, se il *dropout* è un fenomeno relazionale, non può che riguardare anche il dispositivo di cura in cui la relazione si crea e si sviluppa. L'ipotesi è che un cambiamento di *setting* e di prospettiva anche temporale possa avere ricadute sull'efficacia e sul raggiungimento degli obiettivi terapeutici che talvolta il *dropout* rende impossibile.

La Terapia a Seduta Singola (TSS)

Moshe Talmon (1990) ha proposto una particolare interpretazione delle psicoterapie brevissime. A partire dal dato dell'elevata frequenza di psicoterapie che si fermano alla prima seduta, infatti, non ha considerato necessariamente questa conclusione come un fallimento. Ha così proposto la Terapia a Seduta Singola (*Single Session Therapy*), che ha avuto avvio ufficialmente nel 1986 presso il *Kaiser Permanente Medical Center* ad Hayward, in California.

L'idea base è di considerare la prima seduta come se possa essere anche l'ultima, una prospettiva che può essere applicata a diversi modelli terapeutici. Lo scopo è di massimizzare l'efficacia di ogni seduta, passando dall'idea di avere "solamente un'ora", a quella di avere a disposizione "un'intera ora", stabilendo uno scopo, anche minimo, in ogni incontro che permetta al paziente di "portarsi a casa" una nuova comprensione.

Questo approccio si è diffuso soprattutto all'interno dei *walk-in center*, strutture sanitarie a libero accesso, senza appuntamento, anche con l'obiettivo di venire incontro alla fondamentale esigenza delle strutture sanitarie di ridurre le liste d'attesa. Un centro italiano per lo studio della Terapia a Seduta Singola è l'*Italian Center for Single Session Therapy* (Cannistrà, 2018). Le idee su cui si basa un intervento brevissimo come quello a seduta singola (Bloom, 1981; Rosebaum, Hoyt e Talmon, 1990) sono sintetizzabili in alcuni punti principali:

- Il cambiamento è possibile già in una seduta, anche se ovviamente non tutti i problemi si risolvono in una seduta, soprattutto nei casi di pazienti gravi e con particolari rischi, come quelli con tendenze al suicidio;
- Identificare un obiettivo da raggiungere in ogni seduta;
- Concentrarsi sul presente più che sul passato. Si parte dal presupposto che siano le percezioni e i comportamenti attuali a mantenere il problema e, di conseguenza, ci si focalizza su di essi per operare un possibile cambiamento;
- Fare un passo per volta, per trovare una soluzione il più adeguata possibile alla persona e non per prestare il servizio più veloce;
- La seduta può durare anche più di un'ora;
- Lavorare sui punti di forza e le risorse del paziente;
- Grandi problemi non richiedono sempre grandi soluzioni: il principio di base è quello di cercare la via della semplificazione, scomponendo il problema nelle sue componenti più accessibili;
- Dedicare l'ultima parte della seduta alla sintesi del colloquio, per esaminare i dubbi e per indicare strategie concrete da applicare;
- Mantenere la porta aperta e la possibilità di ulteriori colloqui, un modo per lasciar decidere al paziente se e come continuare.

Questo modello è stato applicato anche agli adolescenti e al loro contesto familiare (Bhanot e Young, 2009; Bednar 2011), anche con dati di efficacia (Littrell, Malia, Vanderwood, 1995; Perkins, 2006; Perkins e Scarlett, 2008; Gawrysiak, Nicholas e Hopko, 2009; Eade et al., 2018; Bhanot e Young, 2009; Bednar et al., 2011).

Dubbi sull'efficacia di interventi brevi

Molte critiche agli interventi brevi sono basate sull'idea che uno dei fattori centrali dell'efficacia della psicoterapia sia la relazione terapeutica, che, necessariamente, ha bisogno di un certo tempo per potersi sviluppare e consolidare (Wampold, 1997). Anche se ci sono prove di efficacia delle terapie brevi, i dubbi riguardano la durata degli effetti.

Shedler (2015), uno dei maggiori critici del paradigma delle psicoterapie *evidence-based*, porta l'attenzione sul fatto che il termine "basato sull'evidenza" (associato sostanzialmente alle terapie altamente strutturate, manualizzate e protocollate) è diventato sinonimo di scientificità, legittimando un attacco delle altre forme di terapia che sono, in effetti, supportate da un minor numero di ricerche. Anche Yalom (2002) ricorda che le terapie "non validate" non sono terapie "invalidate".

Vi sono prove scientifiche che sostengono l'efficacia della terapia psicodinamica non breve (Leichsenring, Rabung, 2008; Shedler, 2010; Gaskin, 2014) e ne sottolineano gli specifici vantaggi. Primo fra tutti, il fatto che i benefici terapeutici ottenuti vengano mantenuti nel tempo e i pazienti continuino a migliorare anche dopo il termine della terapia (Shedler, 2010, Gaskin, 2014). Questo sembra sollevare alcune perplessità circa la possibilità di mantenimento nel tempo dei risultati raggiunti con interventi brevi o brevissimi.

La psicoterapia psicodinamica, per sua natura, si fonda sullo sviluppo della relazione terapeutica (Yalom, 2002; Shedler, 2010), considerato l'agente fondamentale di cambiamento. L'alleanza terapeutica, basata sull'ascolto empatico, sulla capacità di sintonizzazione col paziente e sulla sincera comprensione dello stesso, può instaurarsi anche nel clima di una singola seduta, ma la relazione, per costituirsi come autentica esperienza emozionale correttiva (Alexander, 1946), necessita, inevitabilmente, di un certo tempo per consolidarsi, permettendo l'emergere di contenuti e la loro esplorazione in un ambiente percepito dal paziente come sicuro. Le psicoterapie brevi, inoltre, sono tendenzialmente fondate su protocolli rigidi e questo potrebbe ulteriormente ostacolare lo sviluppo di una profonda relazione tra terapeuta e paziente (Yalom, 2002).

I *follow-up* positivi sulle psicoterapie brevissime sono stati confermati da diversi studi, arrivando a confermarne l'efficacia fino a 8 anni di distanza (Hoyt, Talmon, 2014). Tuttavia, partendo dal presupposto di considerare la psicoterapia come una forma di apprendimento che, grazie alla plasticità cerebrale, è in grado di modificare la struttura del cervello producendo nuovi "sentieri" neurali (i quali, al ripetersi dell'esperienza, si rinforzano, costituendo una sorta di percorso facilitato di attivazione delle nuove acquisizioni), nelle psicoterapie brevissime non vi sarebbe questa possibilità di rinforzare, attraverso la ripetizione e la sperimentazione prolungata dell'apprendimento nella relazione terapeutica,

tali percorsi, che rischiano di non “fissarsi” e disperdersi dopo un certo lasso di tempo. Questo potrebbe far sì che alcuni dei risultati ottenuti, in termini di miglioramento e/o remissione dei sintomi, possano essere mantenuti solo nel breve periodo, come evidenziano alcune ricerche sulle psicoterapie brevi (Westen, Morrison, 2001).

Anche gli studi sull'efficacia delle psicoterapie dei disturbi di personalità (Bateman, Fonagy 2000; Perry, Banon, Ianni, 1999) indicano che esse debbano avere alcune caratteristiche fondamentali, tra cui il fatto che siano interventi strutturati e duraturi nel tempo, tali da consentire un apprendimento di modi più funzionali nella gestione delle proprie emozioni, e che implicino una buona alleanza terapeutica. La stessa *Transference Focused Psychotherapy-TFP* (Yeomans, Clarkins, Kernberg, 2017) prevede degli interventi di complessità crescente e di tale strutturazione che è difficile immaginare possano essere ridotti a un'unica (o poche) seduta.

Conclusioni

Le psicoterapie brevi o brevissime si stanno proponendo nel mondo delle pratiche psicoterapeutiche come una modalità innovativa e creativa di gestione della relazione clinica. Questa prospettiva suscita da un lato interesse e dall'altro perplessità, a partire dal riconoscimento dell'importanza della relazione terapeutica come fattore di cambiamento.

La questione delle psicoterapie brevi o brevissime, comunque, apre all'idea di interventi che abbiano la funzione di *assessment* terapeutico (Finn, 2009), che per gli adolescenti in Italia sono stati proposti da Senise con il modello della psicoterapia breve di individuazione (Aliprandi, Pelanda, Senise, 2004) e da Pietropoli Charmet con la consultazione terapeutica (Pietropoli Charmet, Bignamini, Comazzi, 2010).

Gli obiettivi di un intervento breve potrebbero essere vicini a quelli del *counseling*, in cui l'aiuto terapeutico è orientato soprattutto ad aiutare il paziente a prendere nuove e più giuste decisioni sulla propria vita (Maggiolini, 2017; 2019).

L'interesse degli studi sulle psicoterapie brevi e brevissime e sulle psicoterapie a seduta singola è quello di porre l'attenzione al fatto che nella realtà le interruzioni precoci sono molto frequenti, anche dopo un solo colloquio. Il riconoscimento di questo dato di fatto deve portare naturalmente a tener conto che ogni colloquio potrebbe essere l'ultimo.

Lo psicoterapeuta, quindi, dovrebbe cercare di integrare due opposte istanze. Da una parte, infatti, dovrebbe essere orientato a fornire al paziente un setting stabile e accogliente, non breve, ma dall'altra dovrebbe tener conto delle esigenze del paziente che, non solo sulla base di resistenze, potrebbe essere portato a interrompere il trattamento anche prima di quanto previsto o concordato.

Quando lo psicoterapeuta si rende conto, durante l'incontro con il paziente, della necessità di offrire una proposta terapeutica che si chiude nello spazio di uno o pochi colloqui, può muoversi, quindi, in due opposte direzioni: elaborare le resistenze, per migliorare la *compliance* al trattamento, oppure cercare di utilizzare al meglio le sedute a disposizione per aiutare il paziente per quanto possibile.

L'apertura a un setting flessibile, in particolare con gli adolescenti, potrebbe inoltre aprire l'intervento a una serie di colloqui che possano anche prevedere interruzioni precoci e successive riprese, nel momento in cui il paziente, per condizioni di vita o per motivazioni, possa essere più disponibile.

Bibliografia

Adamo S.M. (a cura di, 1990), *Un breve viaggio nella propria mente. Consultazioni psicoanalitiche con adolescenti*, Liguori, Napoli.

Alexander F. (1946), "The corrective emotional experience", *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, XXVII, 2, 85-101.

Aliprandi M.T., Pelanda E., Senise T. (2004), *Psicoterapia breve di individuazione. La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con l'adolescente*, Feltrinelli, Milano.

Armando M., Bensi M., Brandizzi M., Censi V., Lindau J.F., Nastro P.F. (2010), "Drop-out risk factors in mood disorder: A clinical study", *Rivista di Psichiatria*, 45 (6), 365-373.

Bateman A.W., Fonagy P. (2000), "Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder", *The British Journal of Psychiatry*, 177 (2), 138-143.

Bhanot S., Young K. (2009), *An evaluation of Reach Out Centre for Kids walk-in clinic*, unpublished manuscript.

Bednar D., Curry R., Dane D., Fernandes M., Greenway G., Oke L., Rabinovich M., Sheehan D. (2011), "Evaluation of the quick access service at child & adolescent services In Hamilton", Report on Evaluation Implementation Grant EIG-1145 2009-2010-funded by the Provincial Centre for Excellence in Children's Mental Health at CHEO.

Bloom B.L. (1981), "Focused single session therapy: Initial development and evaluation", in S.H. Budman (ed.), *Forms of brief therapy*, Guilford Press, London, 167-216.

Burns B., Costello E.J., Angold A., Tweed D., Stangl D., Farmer E.R., Erkanli A. (1995), "Children's mental health service use across service sectors", *Health Affairs*, 14 (3), 147-159.

Busmann M., Wrege J., Meyer A.H., Ritzler F., Schmidlin M., Lang U.E., Gaab J., Walter M., Euler S. (2019), "Alternative Model of Personality Disorders (DSM-5) Predicts Dropout in Inpatient Psychotherapy for Patients With Personality Disorder", *Frontiers in Psychology*, doi:

10.3389/fpsyg.2019.00952.

Cannistrà F., Piccirilli F. (2018), *Terapia a seduta singola. Principi e pratiche*, Giunti, Firenze.

Clarkin, J. F., Levy, K. N. (2003), "The influence of client variables on psychotherapy", in M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, NY: Wiley, 194-226.

De Vogli R, Vieno A, Lenzi M. (2014), "Mortality due to mental and behavioral disorders associated with the Great Recession (2008-10) in Italy: a time trend analysis", *Eur J Public Health*, 24, 419-21.

Eade D.M., Telfer M.M., Tollit M.A. (2018), "Implementing a single-session nurse-led assessment clinic into a gender service", *Transgender Health*, 3 (1), 45-47.

Finn S.E. (2007), *Nei panni dei nostri clienti. Teoria e tecniche dell'assessment terapeutico*, Giunti Psychometrics, Firenze, 2009.

Flisher A.J., Kramer R.A., Grosser R.C., Alegria M., Bird H.R., Bourdon K.H., Goodman S.H., Greenwald S., Horwitz S.M., Moore R.E., Narrow W.E., Hoven C.W. (1997), "Correlates of unmet need for mental health services by children and adolescents", *Psychological Medicine*, 27 (5), 1145-1154.

Freidson E. (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano.

Gaskin C. (2014), "The Effectiveness of psychodynamic psychotherapy: A systematic review of recent international and Australian research", *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia, Second edition*, Volume 2, No. 1.

Gawrysiak M., Nicholas C., Hopko, D. R. (2009), "Behavioral activation for moderately depressed university students: randomized controlled trial", *Journal of Counseling Psychology*, 56 (3), 468-475.

Harpaz-Rotem I., Leslie D., Rosenheck R.A. (2004), "Treatment retention among children entering a new episode of mental health care", *Psychiatric Services*, 55 (9), 1022-1028.

Hoyt M.F., Talmon M. (2014), *Capturing the moment. Terapia a seduta singola e servizi walk-in*, CISU, Roma, 2018.

Kazdin A.E., Mazurick J.L., Bass D. (1993), "Risk for attrition in treatment of antisocial children and families", *Journal of Clinical Child Psychology*, 22 (1), 2-16.

Khang Y.H., Lynch J.W., Kaplan G.A. (2005), "Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea", *International Journal of Epidemiology*, 34, 1291-1301.

Leaf R.J., Alegria M., Cohen R., Goodman S.H., Horowitz S.M., Hoven C.W. (1996), "Mental health service use in the community and schools: results from the four-community

MECA study”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 889-897.

Leichsenring F., Rabung S. (2008), “Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis”, *JAMA.*, 300 (13), 1551-65.

Littrell J.M., Malia J.A., Vanderwood M. (1995), “Single-session brief counselling, in a high school”, *Journal of Counseling and Development*, 73, 451-458.

Maggiolini A. (2017), “Ruoli affettivi, compiti e decisioni”, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51 (1), 75-94.

Maggiolini A. (2017), *Psicopatologia del ciclo di vita*, Franco Angeli, Milano.

Maggiolini A., (2019), “La psicoterapia psicoanalitica ed evolutiva. Orientamenti della Scuola di psicoterapia dell’adolescente e del giovane adulto del Minotauro”, *Rivista Minotauro*, 2, 3, 25-40, www.minotauro.it.

Maggiolini A., Pietropolli Charmet G. (a cura di, 2004), *Manuale di psicologia dell’adolescenza: compiti e conflitti*, Franco Angeli, Milano.

Ormhaug S.M., Jensen T.K. (2018), “Investigating treatment characteristics and firstsession relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth”, *Psychotherapy Research*, 28 (2), 235-249.

Parmar D., Stavropoulou C., Ioannidis J.P. (2016), “Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review”, *BMJ*. Sep 6; 354, 4588. doi: 10.1136/bmj.i4588.

Pelkonen M., Marttunen M., Laippala P. Lönnqvist, J. (2000), “Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment”, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (3), 329-336.

Perkins R. (2006), “The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems”, *Psychology and Psychotherapy: Research and Practice*, 79, 215-227.

Perkins R., Scarlett G. (2008), “The effectiveness of single session therapy in child and adolescent mental health. Part. 2: An 18-month follow-up study”, *Psychology and Psychotherapy: Research and Practice*, 81, 143.

Perry J.C., Banon E., Ianni F. (1999), “Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders”, *The American Journal of Psychiatry*, 156 (9), 1312-1321.

Pietropolli Charmet G. (1999), *Adolescente e psicologo. La consultazione durante la crisi*, Franco Angeli, Milano.

Pietropolli Charmet G., Bignamini S., Comazzi D. (2010), *Psicoterapia evolutiva dell’adolescente*, Franco Angeli, Milano.

Roos J., Werbart A. (2013), "Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review", *Psychotherapy Research*, 23 (4), 394-418. R.,

Rosebaum R., Hoyt M.F., Talmon M. (1990), "The challenge of single-session therapies: creating pivotal moments", in Wells R.A., Giannetti V.J. (eds), *Handbook of the brief psychotherapies*, Plenum Press, New York, 165-189.

Shedler J. (2010), "The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy", *American Psychologist*, 65 (2), 98-109.

Shedler J. (2015), "Where is the Evidence for "Evidence-Based" Therapy?", *The Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, 4, 47-59.

Simon G.E., Ludman E.J. (2010), "Predictors of early dropout from psychotherapy for depression in community practice", *Psychiatric Services*, 61 (7), 684-689.

Swift J.K., Greenberg, R.P. (2012), "Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis", *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547-559.

Talmon M. (1990), "*Single session therapy: maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*", Jossey-Bass, San Francisco.

Wampold, B. E. (1997). "Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies". *Psychotherapy Research*, 7, 21-44.

Wang M., Werbart A. (2014), "Not starting psychotherapy is more often initiated by the therapist than the patient". *Counselling Psychology Quarterly*, 27 (1), 75-95.

Watts B. V., Shiner B., Zubcoff L., Carpenter-Song E., Ronconi, J. M., Coldwell C. M. (2014), "Implementation of evidence-based psychotherapies for posttraumatic stress disorder in VA specialty clinics", *Psychiatric Services*, 65, 648-653.

Werbart A., Wang M. (2012), "Predictors of not starting and dropping out from psychotherapy in Swedish public service settings". *Nordic Psychology*, 64 (2), 128-146.

Westen D., Morrison K. (2001), "A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 875-899.

Yalom I.D. (2002), "*Il dono della terapia*", Neri Pozza Editore, Vicenza, 2014.

Yeomans F.E, Clarkin J.F., Kernberg O. F. (2015), "*La terapia focalizzata sul transfert per il disturbo borderline di personalità*", Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2017.