

Semestrale

Numero 5
Ottobre 2022

TEORIA E PRASSI

Rivista di Scienze dell'Educazione

Epigenesi: una parola, tanti significati. Alcune ricadute sulla psicologia dello sviluppo

Luca Balugani

Il principio epigenetico è un concetto importante della psicologia dello sviluppo che, come il resto della disciplina, si è evoluto in modo significativo nel corso del tempo. Il presente articolo intende ripercorrere il ruolo di questo elemento cardine per spiegare la crescita di individui, partendo dalle teorie di Jean Piaget e contemporanei fino ad arrivare alla concezione sistemica di interazione tra elementi diversi che sembra rappresentarne l'attuale accezione. Il cambiamento di paradigma, tuttavia, non significa che debbano andare perdute alcune intuizioni iniziali che saranno riprese a conclusione dell'itinerario.

Dalla "ferita primaria" alla "seconda opportunità di apprendimento": adozione e relazioni significative a scuola

Valentina Bertani

Il trauma dell'abbandono comporta delle difficoltà nello sviluppo, che possono essere superate solo grazie a una relazione significativa con la famiglia adottiva, ma anche con una "figura di attaccamento aggiuntiva" all'interno della scuola, che offra al minore una "seconda opportunità di apprendimento", come la definisce il pediatra e psicoanalista infantile Winnicott. Questa figura può essere l'educatore professionale.

Analisi dell'efficacia dei servizi di tossicodipendenza e dei motivi di precoce abbandono del percorso terapeutico. Alcuni esiti del progetto europeo ETC

Krzysztof Szadejko, Marco Sirotti, Annalisa Pezzini, Michał Lebski

L'articolo riporta alcuni principali esiti del progetto europeo ETC (European Therapeutic Communities). La ricerca affiancata alle attività del progetto, grazie al contributo degli utenti, ha permesso di creare uno strumento per le analisi dell'efficacia dei servizi di tossicodipendenza e dei motivi di precoce abbandono del percorso terapeutico in due lingue: italiano e polacco.

Libri segnalati

Analisi dell'efficacia dei servizi di tossicodipendenza e dei motivi di precoce abbandono del percorso terapeutico. Alcuni esiti del progetto europeo ETC

Analysis of the effectiveness of drug addiction services and of the reasons for early dropout of the therapeutic treatment.
Some results of the European ETC project

Krzysztof Szadejko, Marco Sirotti, Annalisa Pezzini, Michał Łebski

La ricerca affiancata alle attività del progetto, grazie al contributo degli utenti, ha permesso di creare uno strumento per le analisi dell'efficacia dei servizi di tossicodipendenza e dei motivi di precoce abbandono del percorso terapeutico. Nella parte centrale si presentano gli esiti dell'indagine. Nelle conclusioni sono riportate alcune riflessioni e suggerimenti riguardanti il tema dell'abbandono del percorso terapeutico.

Introduzione

L'Europa sta affrontando nuove grandi sfide che rischiano di minare seriamente il complessivo progetto europeo. Ci riferiamo non solo alla pandemia, ma soprattutto ai fenomeni legati al populismo, alla xenofobia, all'intolleranza e alla disinformazione (European Commission, 2017).

Tuttavia, in questi "tempi difficili ed emozionanti", come li ha definiti la Presidente Ursula Von der Leyen, il tema dell'inclusione sociale dei cittadini più vulnerabili resta al centro della programmazione delle istituzioni europee. Ci si riferisce non soltanto ai fondi stanziati per il programma faro dell'Unione Europea Erasmus+, ma soprattutto di attività che si concretizzeranno dopo la pubblicazione di alcuni documenti fondamentali di programmazione, come: The European Pillar of Social Rights Action Plan, la volontà della UE di attuare sia lo Spazio europeo dell'istruzione entro il 2025 e sia l'agenda dell'UE in materia di droga compresa nel piano d'azione per il periodo 2021-2025 (European Commission, 2020a).

Quest'ultimo documento delinea una serie di azioni chiave con l'obiettivo primario di combattere la produzione, il commercio e l'uso di sostanze illegali. In materia di droga, le istituzioni europee intendono compiere

ogni sforzo per proteggere i cittadini con misure coordinate ed efficaci. Tali azioni concrete devono, da un lato, avere un impatto significativo e misurabile sui problemi di salute e sicurezza e, dall'altro, affrontare le conseguenze sia dirette che indirette dell'uso di sostanze come forme di violenza e criminalità, problemi sanitari e sociali legati alle dipendenze, danni sociali e ambientali, sensibilizzando i cittadini e i decisori su questi temi (European Commission, 2020b). Nel contrastare i fenomeni legati alla produzione, commercio e consumo di sostanze illegali, le priorità strategiche che le istituzioni europee intendono attuare nei prossimi anni sono state suddivise in tre principali aree tematiche:

- maggiore fermezza nell'affrontare i nuovi sviluppi dei mercati della droga;
- prevenzione e sensibilizzazione;
- affrontare i danni correlati alla droga.

Tuttavia, la situazione a livello europeo e non solo resta preoccupante. Il mondo della droga resta un problema che colpisce milioni di persone in tutta Europa e i costi, in termini umani e sociali, restano molto elevati. Secondo lo *European Drug Report 2022: Trends and Developments (Relazione Europea sulla Droga: Tendenze e Sviluppo)*, la produzione di droga in Europa non solo è aumentata, ma si è anche diversificata. Attualmente, la produzione delle sostanze si basa su una varietà di costituenti chimici, spesso difficili da monitorare e contrastare sia ai sensi della normativa europea che nazionale. Una particolare preoccupazione suscita l'intensificazione della produzione di metamfetamina. Inoltre, stanno emergendo sempre più nuove sostanze psicoattive, i catinoni sintetici, che sono diventati la seconda categoria più ampia dopo i cannabinoidi sintetici. Infine, secondo gli ultimi dati, vari indicatori per le sostanze più comunemente utilizzate suggeriscono che la disponibilità di droghe in Europa rimane elevata. Emerge quindi una costante necessità di potenziare i servizi di trattamento e riduzione dei danni (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022).

Alla luce delle politiche europee e dei dati disponibili, come educatori e terapisti coinvolti nel settore delle dipendenze, ci chiediamo: come possiamo implementare attività di integrazione che permettano ai nostri beneficiari di affrontare in modo proattivo il proprio percorso di recupero personale? Le opportunità offerte dai fondi stanziati per i progetti europei sono state un percorso che ha prodotto risultati positivi.

Il progetto europeo ETC

Questo articolo è il risultato del progetto europeo ETC (*European Therapeutic Communities* = Comunità Terapeutiche Europee) cofinanziato dal programma Erasmus+. Il progetto ETC ha fatto parte della linea di progetti volti a promuovere lo sviluppo personale e professionale dei cittadini europei nel campo dell'istruzione, della formazione, della gioventù e dello sport (European Commission, 2021), e in particolare delle persone più vulnerabili con minori opportunità di vita.

La Commissione Europea, da tempo, ha stanziato specifiche risorse attraverso il suo programma *Justice* (Giustizia) per sostenere iniziative nella lotta alla tossicodipendenza. Nel caso del progetto ETC, nell'ambito del programma Erasmus+, siamo riusciti a trovare uno spazio per realizzare attività a supporto degli operatori e degli utenti del settore delle dipendenze. Ciò dimostra che la questione della droga è di grande interesse per le istituzioni europee, anche se a volte viene sollevata indirettamente o forse con poca pubblicità.

Il progetto biennale ETC, avviato a novembre 2018, ha consentito alle organizzazioni coinvolte, *Monar* in Polonia e *Consorzio Gruppo CEIS* in Italia, di instaurare una proficua collaborazione tra i partner. Le priorità

iniziali del progetto sono state selezionate con particolare attenzione ai problemi della tossicodipendenza e degli utenti delle comunità terapeutiche (CT).

A causa del cambiamento dei tipi di sostanze disponibili, del tempo e delle modalità di consumo, nonché dell'età e del profilo degli utenti che cambiano nel corso degli anni, i partner del progetto si sono posti domande sui punti di forza e di debolezza dei programmi terapeutici, sulle opportunità e sui rischi e su come le opzioni terapeutiche dei programmi possono essere ripensate e adattate alla situazione attuale. Questa partnership strategica per lo scambio di buone pratiche nel settore delle dipendenze patologiche ha consentito ai collaboratori italiani e polacchi di riflettere in modo critico e proattivo su molti elementi dei programmi terapeutici. Durante l'implementazione del progetto è stata effettuata un'attenta analisi del ciclo terapeutico attraverso una ricerca scientifica che ha coinvolto sia i terapeuti sia gli utenti, in diversi momenti del loro percorso riabilitativo.

È importante a questo punto precisare che la Regione Emilia-Romagna, in particolare, dal 2013 ha chiesto ai SerDP e agli Enti Accreditati, di monitorare, attraverso audit specifici, l'esito dei percorsi in modo da creare un continuo feedback sull'efficacia del trattamento che consenta di produrre quel processo di retroazione in grado di stimolare continue riflessioni sull'efficacia dei trattamenti (LR 1831/2013).

L'ingresso a pieno titolo nel sistema dei servizi ha comportato la condivisione con i servizi pubblici e gli altri Enti Accreditati di una serie di principi e di prassi utili a uniformare gli standard di cura delle dipendenze patologiche. La Regione Emilia-Romagna stipula periodicamente accordi con il CEA (Coordinamento Enti Ausiliari) in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con dipendenze patologiche. Questi accordi prevedono il consolidamento dell'integrazione fra pubblico e privato attraverso la condivisione di metodi, dei sistemi informativi, della programmazione dei servizi e dei progetti a livello territoriale nonché del monitoraggio dell'appropriatezza degli inserimenti in comunità e degli esiti dei percorsi. Questo accordo regionale viene poi declinato a livello provinciale dalle varie ASL che devono costruire delle modalità adeguate per la rilevazione sia dell'appropriatezza degli ingressi sia degli esiti dei percorsi secondo questi principi e metodologie così descritte, in modo particolare sugli esiti.

Questi requisiti sono stati elaborati sulla base del Progetto REX (Programma regionale dipendenze patologiche DGR 698/2008) nato con l'intento di ricercare delle buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze. La finalità del Progetto REX è ricercare, evidenziare e sviluppare buone pratiche di inserimento e monitoraggio del percorso per il trattamento delle dipendenze patologiche in strutture private accreditate.

L'obiettivo è di ricercare modelli organizzativi ed indicatori che consentano di individuare criteri utili a definire qualità, appropriatezza, efficacia ed efficienza di un percorso in struttura. Da qui nasce la necessità di valutazione del processo terapeutico (in itinere e gli esiti) in termini di miglioramento della salute della persona presa in carico.

L'ultima delibera regionale (1378 del 05/08/2019) di Accordo tra Regione e CEA inoltre dichiara che: *"...le parti si impegnano a proseguire il confronto sulla raccolta dei dati e sulla valutazione degli interventi. Gli Enti firmatari con la presente rilasciano formale autorizzazione alle Aziende Usl e alla Regione Emilia-Romagna per consentire l'utilizzo dei dati raccolti ai fini di elaborazioni statistiche e di studio"*.

Questa delibera indica la necessità di elaborare strumenti che diano la possibilità agli operatori delle comunità terapeutiche di valutare il proprio lavoro in un processo continuo di miglioramento condiviso. La sfida è quella di poter sempre predisporre strumenti idonei ed efficaci per poter riflettere sul proprio lavoro in una dinamica che consenta il miglioramento continuo senza mettere in crisi la propria storia e la propria identità. Soprattutto è necessaria l'apertura che consente di cogliere le differenze, di elaborare le informazioni e di disporsi al cambiamento. *"Elementi necessari, anzi indispensabili per rispettare la naturale tendenza delle persone ad evolvere e a produrre storie"* (Cancrini & Mazzoni, 2002). Ecco allora la necessità di predisporre uno strumento ad hoc per poter effettuare monitoraggi periodici per verificare i risultati di cambiamento prodotti *evidence based*.

La finalità principale del progetto è stata principalmente la promozione dello scambio delle buone prassi e la valutazione dell'efficacia dei servizi per le dipendenze percepita sia dagli operatori sia dagli utenti nei centri coinvolti nel progetto. Il progetto mirava a consolidare le competenze degli specialisti e di migliorare le metodologie del percorso terapeutico. La ricerca è stata pensata come uno strumento per gettare le basi di una riflessione sull'innovazione e sul miglioramento dei processi di riabilitazione e di reinserimento sociale. Di seguito sono stati riportati i risultati più significativi delle analisi. Nella parte finale dell'articolo si propongono alcune riflessioni sulle questioni sollevate dai due partner durante l'implementazione del progetto ETC.

Metodo

Per raggiungere uno degli obiettivi del progetto, riguardante la valutazione dell'efficacia dei percorsi terapeutici, è stato sviluppato ex novo un questionario che, nella prima parte, ha permesso di esaminare cinque dimensioni degli interventi nelle CT (Szadejko, 2020):

- **Biologica** (5 item): misura l'efficacia del percorso nell'aiutare gli utenti a migliorare la loro salute fisica; esempi degli item: *"Secondo me, il percorso terapeutico nella nostra CT è in grado di aiutare gli utenti... a star meglio dal punto di vista fisico; ...ad acquisire gli stili di vita sani."* Etc.
- **Psicologica** (5 item): misura l'efficacia del percorso nell'aiutare gli utenti a migliorare la loro salute psichica; esempi degli item: *"Secondo me, il percorso terapeutico nella nostra CT è in grado di aiutare gli utenti..... a saper riconoscere i loro stati d'animo; ...a rafforzare la loro autostima."* Etc.
- **Sociale** (5 item): misura l'efficacia del percorso nell'aiutare gli utenti a migliorare le loro relazioni sociali; esempi degli item: *"Secondo me, il percorso terapeutico nella nostra CT è in grado di aiutare gli utenti..... a instaurare delle relazioni costruttive con gli altri compagni della comunità; a migliorare le relazioni sociali (partner, amici, datore di lavoro, ecc.)"* Etc.
- **Culturale** (5 item): misura l'efficacia del percorso nell'aiutare gli utenti a migliorare la loro cultura generale; esempi degli item: *"Secondo me, il percorso terapeutico nella nostra CT è in grado di aiutare gli utenti..... a sviluppare la loro cultura personale; a riconoscere e sviluppare i loro talenti."* Etc.
- **Esistenziale** (5 item): misura l'efficacia del percorso nell'aiutare gli utenti ad elaborare il senso della loro vita; esempi degli item: *"Secondo me, il percorso terapeutico nella nostra CT è in grado di aiutare gli utenti..... a comprendere il significato che le sostanze hanno avuto nella loro vita; a elaborare un loro nuovo progetto di vita."* Etc.

Nella seconda parte del questionario sono state formulate 9 domande riguardanti i motivi dell'abbandono precoce del programma terapeutico; esempi degli item: *I principali motivi dell'abbandono della terapia sono: difficoltà*

nel rapporto con i compagni del programma; difficoltà nel condividere con gli altri le situazioni più difficili del passato; mancanza di fiducia nel percorso terapeutico; ecc. (vedi le tabelle nr 6 e 7). Per ciascun item è stata abbinata la scala di Likert da 1 a 5 (da 1 = “per niente d’accordo” a 5 = “del tutto d’accordo”).

Si sottolinea che il contenuto del questionario, inclusa la stesura degli item, è un esito finale di numerose attività di riflessione tra gli utenti e tra gli operatori dei due partner, CEIS e Monar, coinvolti nel progetto.

Il questionario è stato inviato online a tutti i partecipanti al progetto nonché ad altri pazienti e terapisti delle due organizzazioni. Lo studio ha coinvolto 226 persone, di cui: 129 italiani (57,1%) e 97 polacchi (42,9%), 163 utenti (57,1% italiani e 42,9% polacchi), 63 operatori (84,1% italiani e 15,9% polacchi), 159 maschi (70,4%) e 75 femmine (29,6%).

Risultati

Analisi dell'affidabilità delle scale

Prima di procedere con qualsiasi analisi dei dati è stata effettuata la verifica dell'affidabilità (*reliability*) delle scale predisposte a misurare l'effetto terapeutico sugli individui nelle CT. Di seguito sono riportati i valori del coefficiente dell'attendibilità Alfa di Cronbach per le due versioni del test sull'efficacia del percorso terapeutico nella lingua italiana e polacca.

Figura 1

Analisi di affidabilità delle scale, versioni italiana e polacca

Dimensione	Versione IT			Versione PL		
	Alpha di Cronbach	Media	D.s.	Alpha di Cronbach	Media	Media
<i>Biologica</i>	.81	21,27	3,142	.76	21,00	2,825
<i>Psicologica</i>	.87	20,56	3,592	.85	19,33	3,804
<i>Sociale</i>	.84	20,19	3,619	.80	10,09	3,401
<i>Culturale</i>	.84	19,40	3,692	.68	19,13	2,660
<i>Esistenziale</i>	.89	20,68	3,651	.85	19,54	3,428

Come risulta dall'analisi tutte e due le versioni hanno riportato un buon livello dell'affidabilità delle scale. Questo fa del questionario un ottimo strumento per le future indagini sull'efficacia dei percorsi terapeutici in tossicodipendenza.

Livelli di percezione dell'efficacia del programma terapeutico

Il questionario è stato somministrato separatamente a due gruppi: utenti e operatori. Su due grafici successivi si riporta la percezione dell'efficacia del programma terapeutico.

¹ Per l'affidabilità delle scale (*reliability*) si intende un test di accuratezza dello strumento di misurazione, ossia di un gruppo delle frasi affermative (item) che dovrebbero misurare una determinata realtà. Ci si aspetta che una serie di item sia raggruppabile in una stessa dimensione (o scala) e che i loro punteggi siano simili tra loro. L'indice statistico per valutare l'affidabilità delle scale di un questionario è il coefficiente *Alpha*, ideato nel 1951 da Lee Cronbach uno studioso statunitense.

Figura 2
Percezione degli utenti

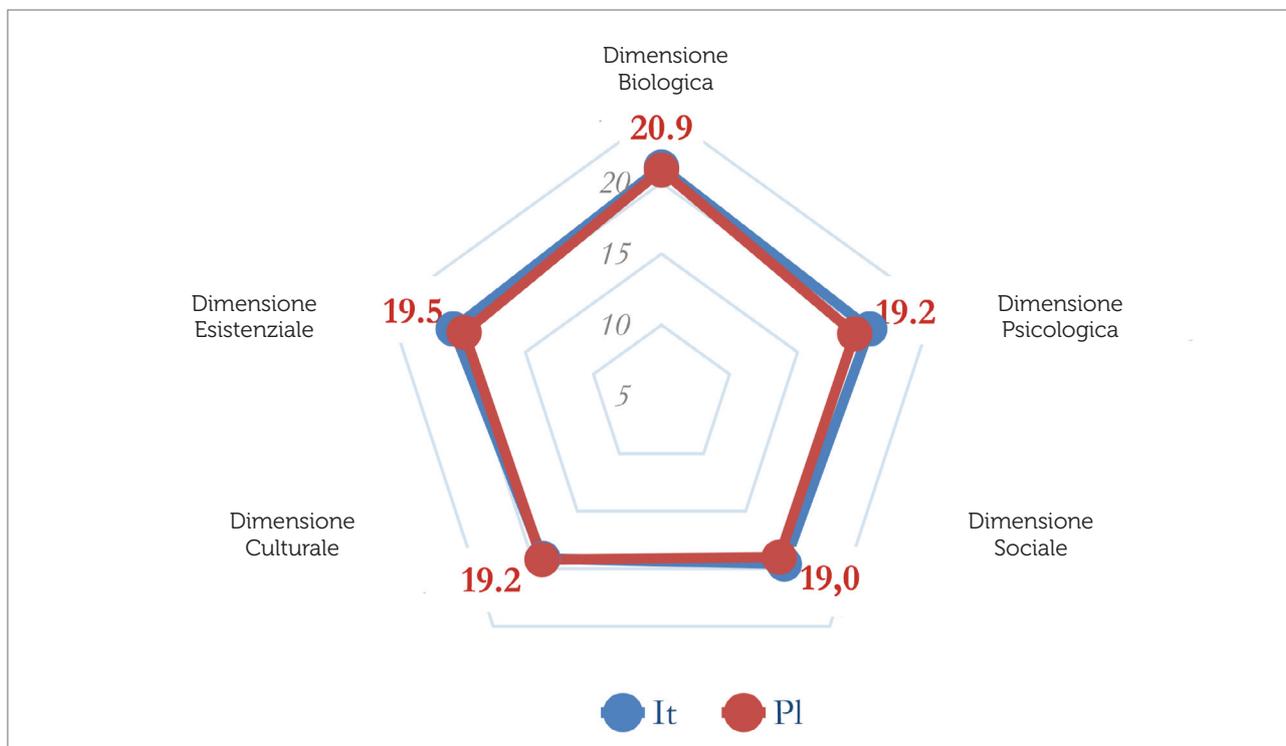
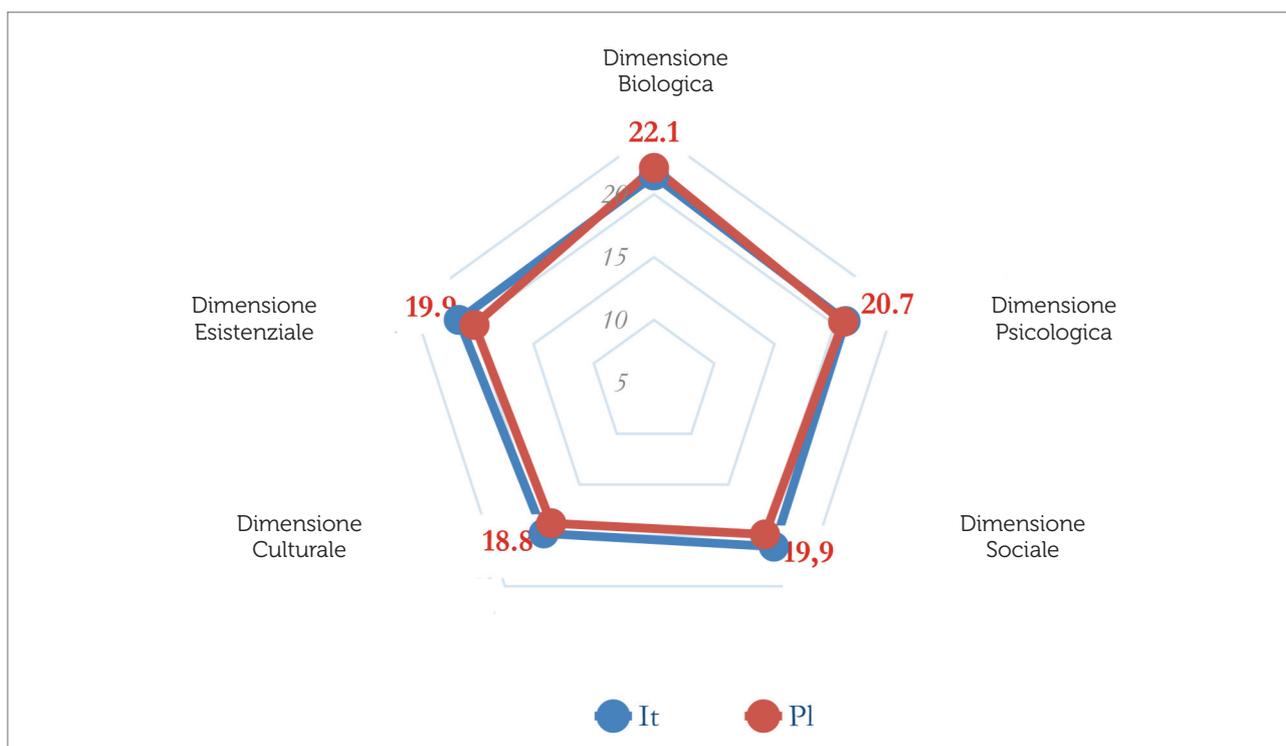


Figura 3
Percezione degli operatori



TEORIA E PRASSI

Si noti che i livelli della percezione dell'efficacia del percorso terapeutico (sul *range* dei punteggi dal min 5 al max 25) sono piuttosto elevati in tutte e cinque le dimensioni, sia per le due organizzazioni sia per i due gruppi di utenti ed operatori.

Il *t-test* (campioni indipendenti), eseguito per capire se ci fossero differenze statisticamente significative tra le caratteristiche sociodemografiche del campione, ha riportato i seguenti esiti:

Figura 4

Tabella di t-test: differenze tra la percezione degli utenti ed operatori

Dimensione	Medie degli utenti (n=163)	Medie degli operatori (n=63)	t	Valore F di Fisher	Sig. (p)
<i>Biologica</i>	20,98	21,60	-1,397	1,951	.164
<i>Psicologica</i>	19,71	20,86	-2,087	4,357	.038*
<i>Sociale</i>	19,26	20,90	-3,168	10,035	.002*
<i>Culturale</i>	19,12	19,71	-1,215	1,477	.226
<i>Esistenziale</i>	19,87	21,03	-2,207	4,870	.028*

Nota. * p<.05

Figura 5

Tabella di t-test: differenze tra la percezione dell'efficacia del percorso terapeutico nelle due organizzazioni CEIS e Monar

Dimensione	Medie degli utenti (n=129)	Medie degli operatori (n=97)	t	Valore F di Fisher	Sig. (p)
<i>Biologica</i>	21,27	21,00	,671	,450	.503
<i>Psicologica</i>	20,56	19,33	2,480	6,152	.014*
<i>Sociale</i>	20,19	19,09	2,323	5,396	.021*
<i>Culturale</i>	19,40	19,13	,609	,370	.543
<i>Esistenziale</i>	20,68	19,54	2,398	5,748	.017*

Nota. * p<.05

Come è emerso dall'analisi le differenze tra i gruppi riguardano tre dimensioni: psicologica, sociale ed esistenziale. In tutte e tre le dimensioni gli operatori hanno avuto una percezione di maggiore efficacia del percorso terapeutico rispetto agli utenti. In modo simile, sempre nelle stesse dimensioni, il Gruppo CEIS, anche se per poco, ha raggiunto medie più alte rispetto al gruppo Monar.

Le cause dell'abbandono anticipato del programma

Il progetto ETC era finalizzato all'esplorazione delle cause dell'interruzione prematura del programma terapeutico. Grazie alle 9 domande, formulate dagli stessi utenti, partecipanti del progetto ETC, è stato possibile rilevare diverse informazioni molto interessanti. Anche in questo caso la procedura applicata è stato

il t-test. Di seguito si riporta gli esiti del paragone tra i due gruppi: utenti ed operatori e tra i due gruppi linguistici.

Figura 6

Tabella di t-test: differenze tra le opinioni degli utenti ed operatori

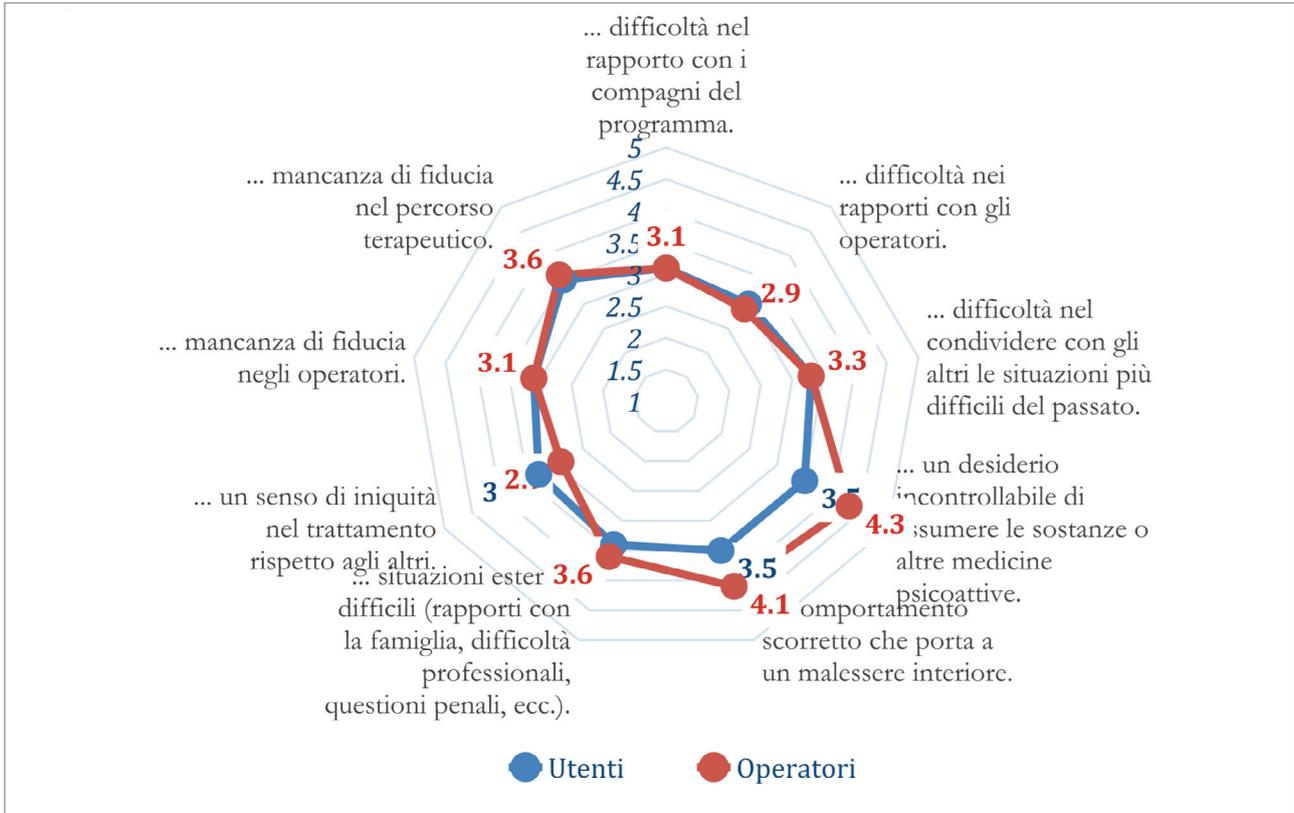
	Domanda	Medie degli utenti (n=163)	Medie degli operatori (n=63)	t	Valore F di Fisher	Sig. (p)
1	Difficoltà nel rapporto con i compagni del programma	3,12	3,06	,314	,099	,754
2	Difficoltà nei rapporti con gli operatori	3,01	2,87	,810	,656	,419
3	Difficoltà nel condividere con gli altri le situazioni più difficili del passato	3,25	3,25	-,015	,000	,988
4	Un desiderio incontrollabile di assumere le sostanze o altre medicine psicoattive	3,52	4,25	-3,778	14,273	,000*
5	Comportamento scorretto che porta a un malessere interiore	3,52	4,05	-3,098	9,599	,002*
6	Situazioni esterne difficili (rapporti con la famiglia, difficoltà professionali, questioni penali, ecc.).	3,40	3,63	-1,429	2,041	,155
7	Un senso di iniquità nel trattamento rispetto agli altri	3,33	2,92	2,395	5,736	,017*
8	Mancanza di fiducia negli operatori	3,09	3,11	-,143	,021	,886
9	Mancanza di fiducia nel percorso terapeutico	3,45	3,57	-,708	,502	,480

Nota. * p<.05

La ricerca ha mostrato che la maggior parte delle persone rinuncia alla terapia entro i primi 4-5 mesi.

Figura 7

Motivi dell'abbandono precoce del percorso terapeutico. Differenze tra la percezione degli utenti e degli operatori



Osservando le medie dei due gruppi risulta che i 3 motivi più rilevanti dell'abbandono del percorso terapeutico sono: 1) *un desiderio incontrollabile di assumere le sostanze o altre medicine psicoattive*, 2) *il comportamento scorretto che porta a un malessere interiore (dell'utente)* e 3) *le situazioni esterne difficili (rapporti con la famiglia, difficoltà professionali, questioni penali, ecc.)*. Dall'analisi di t-test sono emerse tre differenze statisticamente significative che riguardano i due gruppi: utenti ed operatori. Le due differenze riguardano le domande 4 e 5, dove gli operatori hanno raggiunto le medie più elevate; e la domanda 7, dove la media più elevata appartiene agli utenti.

Figura 8

Tabella di t-test: differenze tra le opinioni delle due organizzazioni CEIS e Monar

	Domanda	Medie del gruppo italiano (n=129))	Medie del gruppo polacco (n=97)	t	Valore F di Fisher	Sig. (p)
1	Difficoltà nel rapporto con i compagni del programma	2,94	3,32	-2,528	,079	.012*
2	Difficoltà nei rapporti con gli operatori	2,99	2,95	,281	,079	.779
3	Difficoltà nel condividere con gli altri le situazioni più difficili del passato	3,14	3,40	-1,764	3,110	.079
4	Un desiderio incontrollabile di assumere le sostanze o altre medicine psicoattive	3,71	3,75	-,260	,068	.795
5	Comportamento scorretto che porta a un malessere interiore	3,59	3,77	-1,175	1,381	.241
6	Situazioni esterne difficili (rapporti con la famiglia, difficoltà professionali, questioni penali, ecc.).	3,29	3,70	-2,823	7,968	.005*
7	Un senso di iniquità nel trattamento rispetto agli altri	2,91	3,62	-4,825	23,278	.000*
8	Mancanza di fiducia negli operatori	3,09	3,09	,002	,000	,999
9	Mancanza di fiducia nel percorso terapeutico	3,51	3,45	,386	,149	.700

Nota. * $p < .05$

Come nel caso del paragone tra utenti ed operatori, secondo le risposte provenienti dalle due organizzazioni, si sono confermati gli stessi 3 principali motivi dell'abbandono (domande 4, 5 e 6). Le differenze tra CEIS e Monar riguardano: 1) *le difficoltà nel rapporto con i compagni del programma*, 2) *le situazioni esterne difficili (rapporti con la famiglia, difficoltà professionali, questioni penali, ecc.)* e 3) *un senso di iniquità nel trattamento rispetto agli altri*, dove i rispondenti del Monar hanno raggiunto medie statisticamente più elevate rispetto al CEIS.

Riflessioni alla luce di recenti studi in materia

Interruzione prematura della terapia

L'interruzione prematura della terapia può essere definita come abbandono o interruzione del percorso terapeutico in opposizione le raccomandazioni di uno specialista. Un aspetto importante nel determinare il fatto che l'utente abbia abbandonato prematuramente la terapia è quanto il suo stato di benessere sia migliorato a livello biologico, psicologico, sociale, culturale ed esistenziale. Dal punto di vista metodologico della raccolta dei dati, questo problema è il più difficile. Le nostre osservazioni mostrano che il problema dell'abbandono prematuro del percorso è un potente ostacolo per riprendere il controllo della propria vita

e affrontare in modo efficace il problema della dipendenza. L'abbandono delle cure è anche un problema per la famiglia dell'utente, per gli altri utenti dello stesso contesto sociale, per il sistema sanitario, e anche per il sistema di sicurezza e di ordine pubblico. Le persone che abbandonano il percorso sono più soggette a comorbidità, a ricadute, a generare problematiche relazionali e personali di vario genere. Inoltre, queste persone cercano sempre più spesso aiuto e devono ricorrere a cure specialistiche più a lungo, causando così un maggiore onere economico per la società. Oltre a ciò, le loro condizioni psicofisiche li rendono meno produttivi nelle loro carriere, nelle loro famiglie e nelle loro comunità. Questa situazione fa sì che molti specialisti in tutto il mondo inizino a cercare risposte a una serie di domande, ad es. quali sono i motivi per cui i pazienti abbandonano la terapia troppo presto, qual è il tasso di abbandono, se ci siano ragioni specifiche dietro o quali fattori diagnostici e terapeutici possono aiutarci a spiegare questo fenomeno (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008), (Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Ragioni dell'interruzione prematura del percorso terapeutico

Secondo i dati raccolti da studi internazionali e meta-analisi, emergono in primo piano diverse questioni importanti legate alle ragioni dell'abbandono prematuro del trattamento. Abbiamo analizzato soprattutto molti studi che riguardano non solo l'abbandono della terapia nei centri per le dipendenze, ma anche l'abbandono della psicoterapia individuale o di gruppo e la psicoterapia per i disturbi mentali come la depressione o i disturbi d'ansia. Di particolare interesse sono i risultati di una meta-analisi di oltre cento studi che hanno coinvolto un totale di quasi 21.000 pazienti sottoposti a terapia cognitivo-comportamentale per una serie di disturbi della salute mentale (Fernandez, Salem, Swift, & Ramtahal, 2015). Lo studio ha rivelato che quasi il 16% dei pazienti ha interrotto il trattamento nelle prime fasi del percorso.

Il dott. John Ogrodniczuk, professore e direttore del programma di psicoterapia UBC in Canada, indica che uno dei motivi più importanti per cui gli utenti abbandonano la terapia è la mancanza di un'adeguata preparazione e familiarità dei futuri pazienti con il metodo e il processo della terapia. Gli altri fattori importanti che influenzano il rischio di abbandonare la terapia sono le relazioni troppo deboli, la mancanza di una alleanza terapeutica e la mancanza di definizione degli obiettivi della terapia con l'utente e i passi che verranno affrontati per migliorare la sua salute (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2005). I dati sull'impatto dell'alleanza terapeutica rispetto all'uscita precoce dal trattamento si riflettono anche negli studi di Jennie Sharf, che classificano questo impatto come il primo motivo dell'abbandono, così come la motivazione dell'utente a trattare l'autoefficacia, l'ostilità dell'utente nel trattamento, e il tipo di trattamento stesso. Le aspettative dell'utente riguardo al trattamento, la sua impulsività e la possibile relazione con il grado di Alessitimia hanno un'influenza minore anche se significativa. Secondo gli studi citati, l'influenza minore sull'abbandono della terapia è stata lo stato socio-demografico dell'utente e la formazione del terapeuta (Sharf, Primavera, & Diener, 2010).

Un'altra questione importante sono i problemi personali irrisolti e i problemi sociali, ad esempio: mancanza di un alloggio, relazioni familiari rovinate, gravi malattie mentali. Anche i problemi di motivazione o la mancanza di spazio per i pazienti per esprimere le proprie emozioni e opinioni svolgono un ruolo importante. Altri fattori che possono avere un impatto negativo sulla stabilità dell'utente durante la terapia, menzionati da Ogrodniczuk, includono difficoltà di apertura al gruppo, mancanza di fiducia nei terapeuti o mancanza di fiducia nella diagnosi. Secondo l'autore, un fattore importante sono anche le aspettative troppo alte dei pazienti riguardo alla velocità della terapia e al miglioramento del loro stato mentale. Queste aspettative e paure che portano ad abbandonare la terapia fanno provare nei pazienti una sensazione di fallimento, che a sua volta peggiora il loro stato mentale. Un aspetto importante è anche l'impatto negativo sul gruppo te-

rapeutico, i cui membri possono sentirsi abbandonati e la coesione del gruppo viene violata. Un meccanismo e sentimenti simili possono influenzare i terapeuti, che possono a loro volta influenzare negativamente l'efficacia del lavoro (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2005).

Tra le diverse categorie di disturbi, la depressione è risultata associata al più alto tasso di abbandono (indipendentemente dalla fase di trattamento). Ciò può essere correlato ad alcuni dei sintomi della depressione stessa (ad es. perdita generale di interesse, disperazione, impotenza e rallentamento del comportamento motorio), che insieme riducono la probabilità che un cliente inizi o continui il trattamento (Fernandez, Salem, Swift, & Ramtahal, 2015), (Swift & Greenberg, 2012).

Conclusioni interessanti sono emerse anche dalla meta-analisi condotta da Fernandez su 115 studi empirici che hanno coinvolto 20.995 persone che partecipano a terapia cognitivo comportamentale per una serie di disturbi della salute mentale. I ricercatori hanno scoperto che quasi il 20% di tutti gli utenti che partecipano al trattamento ha interrotto prematuramente il trattamento (Fernandez, Salem, Swift, & Ramtahal, 2015). È stato riscontrato che alcune variabili come le condizioni di trattamento influenzano i tassi di abbandono. Anche i tassi di abbandono scolastico sono risultati più alti tra i partecipanti più giovani e coloro che cercano un trattamento per problemi di personalità o problemi nutrizionali.

Il numero di studi e meta-analisi, diversi autori e diversi ricercatori indicano diversi fattori che possono avere un impatto significativo sull'interruzione prematura della terapia. Nell'ambito degli studi citati, vale la pena citare l'alleanza terapeutica, che prepara l'utente alla terapia nei termini di determinazione della durata del percorso e delle modalità di lavoro proposte. È anche importante stimolare e mantenere la motivazione dei pazienti a partecipare alla terapia e monitorare i risultati terapeutici, grazie ai quali è possibile adottare misure correttive, e per i pazienti che necessitano di risultati rapidi, può essere utile per comprendere il processo. Altre ragioni altrettanto importanti per cui i pazienti abbandonano sono: difficoltà a parlare di se stessi e dei loro problemi, sfiducia nella terapia, nel terapeuta o nella diagnosi, la percezione che non stiano migliorando abbastanza velocemente; l'aver aspettative irrealistiche.

Selezione dell'utente

Una delle questioni utili all'inizio del trattamento è l'appropriata selezione dell'utente in termini di una buona corrispondenza con il terapeuta o la terapia. Gli autori affermano che l'argomento ha ricevuto molta attenzione ma poca ricerca controllata. Ci sono prove che testare i questionari per la terapia psicodinamica e cognitivo comportamentale può aiutare a distinguere tra i pazienti che completano la terapia e quelli che non lo fanno. Grazie ai test di screening, i pazienti ad alto rischio di astinenza possono ricevere un trattamento diverso o una preparazione individuale per il trattamento (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2005). La regione Emilia-Romagna invita il sistema di cura a monitorare l'appropriatezza dell'invio.

Preparazione

Prima di iniziare la psicoterapia, i pazienti devono essere informati di questo processo. Spiegare loro la logica, i ruoli e le responsabilità dell'utente e del terapeuta, le difficoltà attese e le speranze realistiche. Gli autori sostengono che la terapia di gruppo richiede una maggiore preparazione a causa del maggior rischio di controllo, privacy e sicurezza emotiva. Un approccio è attraverso la "formazione introduttiva empirica" - la partecipazione a sessioni di terapia di gruppo reali. I ricercatori sottolineano il lavoro precedente che suggeriva che assicurarsi che i pazienti fossero informati su cosa aspettarsi dal trattamento potrebbe aiutare a ridurre i tassi di abbandono (Ogrodniczuk, Joyce e Piper, 2005). Ad esempio, uno studio del 2010 ha ri-

levato che i pazienti che hanno ricevuto informazioni sul trattamento tendevano a continuare il trattamento più a lungo e ad interromperlo meno frequentemente (Sharf, Primavera, & Diener, 2010).

Negoziazione

Il terapeuta e l'utente dovrebbero concordare in anticipo i mezzi e gli obiettivi della terapia: cosa deve raggiungere l'utente e in che modo. La negoziazione è particolarmente importante nella terapia di gruppo perché altrimenti i pazienti riferiti ai gruppi potrebbero pensare che le caratteristiche individuali della propria situazione vengano evitate. Potrebbe essere importante offrire modifiche al trattamento, come tecniche o trattamenti diversi (Ogrodniczuk, Joyce e Piper, 2005), (Sharf, Primavera e Diener, 2010).

Abile gestione di situazioni particolari

A volte è necessario risolvere problemi che rendono difficile la psicoterapia, come la mancanza di un alloggio o di un'occupazione adeguati, o una situazione familiare catastrofica. La gestione dei casi è attualmente utilizzata principalmente per le persone che soffrono di gravi malattie mentali, in particolare quelle a basso reddito e quelle scarsamente istruite. Uno studio ha rilevato che la gestione dei pazienti gravemente depressi in terapia di gruppo ha ridotto i tassi di abbandono del 50% (Ogrodniczuk, Joyce e Piper, 2005) (Sharf, Primavera e Diener, 2010).

Miglioramento motivazionale

A volte il problema è che l'utente non è ancora disposto o pronto a cambiare. Il rafforzamento degli incentivi mira ad aumentare la fiducia nella capacità di cambiamento e a creare un clima in cui l'impegno al cambiamento diventi possibile. È già comune nel trattamento dell'alcolismo, della tossicodipendenza e dei disturbi alimentari. (Ogrodniczuk, Joyce e Piper, 2005) (Sharf, Primavera e Diener, 2010). Ad esempio, una conversazione motivazionale mira a ridurre le barriere motivazionali attraverso un atteggiamento che enfatizza l'accettazione dell'utente come individuo, evitando argomentazioni, tenendo conferenze o ultimatum e concentrandosi sul processo di suscitare e plasmare il linguaggio per il cambiamento (ad esempio, parlare di cambiamento). L'intervista motivazionale include una semplice panoramica dei vantaggi e degli svantaggi percepiti del cambiamento (Miller & Rollnick, Talking oneself into change: motivational interviewing, stages of change, and the therapeutic process, 2004), (Miller & Rollnick, Motivational Interviewing: preparing people for change, 2002).

Stabilire un'alleanza terapeutica

Molti studi hanno dimostrato che una caratteristica fondamentale di qualsiasi psicoterapia di successo è una forte relazione di lavoro tra l'utente e il terapeuta. Non esiste una formula per raggiungere questo obiettivo, sebbene il calore, l'empatia, il rispetto e la preoccupazione siano sempre importanti. L'alleanza dovrebbe essere formata rapidamente; alcuni credono che se non si sviluppa nelle prime tre sessioni, non si svilupperà mai (Ogrodniczuk, Joyce e Piper, 2005), (Sharf, Primavera e Diener, 2010).

Promemoria per gli appuntamenti

Ricordare ai pazienti i loro appuntamenti è una routine per molti operatori sanitari, ma gli psicoterapeuti a volte li evitano perché vogliono promuovere la responsabilità dell'utente. Gli autori suggeriscono che incoraggiare la continuità e l'aderenza alla terapia è molto importante (Ogrodniczuk, Joyce e Piper, 2005).

Facilitare l'espressione dei sentimenti

È altamente consigliabile che il terapeuta sia in grado di creare un'atmosfera in cui l'utente possa discutere

in sicurezza sentimenti spiacevoli, dubbi e domande sulla terapia e sul terapeuta. In caso contrario, l'utente può diventare ansioso e abbandonare il progetto terapeutico (Ogrodniczuk, Joyce e Piper, 2005). Anche in questo caso è opportuno sospendere il giudizio nella relazione terapeutica, poiché aumenta la fiducia dell'utente nel terapeuta e, di conseguenza, può prevenire l'abbandono prematuro della terapia.

Monitoraggio dei progressi

Ci sono ragioni per cui viene posta una crescente enfasi sullo sviluppo di sistemi per monitorare i progressi e i risultati del monitoraggio (Persons, 2012), in particolare per i pazienti che sono a rischio di scarsi risultati (Newnham, Hooke, & Page, 2010). Un adeguato monitoraggio dei progressi può ridurre il numero di pazienti che peggiorano durante il trattamento (Korman, Bavelas, & De Jong, 2013). Inoltre, i dati raccolti dal monitoraggio dei progressi aiutano a selezionare e adattare il trattamento individuale (Layard & Clark, 2014), (Hogan & Radhakrishnan, 2013).

Terapia a breve termine o a tempo limitato

Quando il trattamento è breve o ha un endpoint stabilito, i tassi di abbandono sono in genere inferiori, anche del 50% in alcuni studi. Come notano gli autori, perché meno tempo un utente trascorre in terapia, minori sono le possibilità di abbandonare prematuramente il trattamento. Sapere quando la terapia finirà può fornire un senso di urgenza e scopo che può impedire ai pazienti di scoraggiarsi (Ogrodniczuk, Joyce e Piper, 2005) (Sharf, Primavera e Diener, 2010).

La letteratura mostra che tutti gli approcci sopra descritti aiutano a migliorare la frequenza e ridurre i tassi di abbandono, anche se, in alcuni studi, i risultati sono incoerenti ed è consigliabile approfondire l'argomento attraverso nuove ricerche.

Conclusione

L'obiettivo del progetto ETC è stato quello di inserire un processo di riflessione sul programma terapeutico delle persone curate nei centri per le dipendenze in Monar Gaudynki (PL) e Consorzio Gruppo CEIS (IT) attraverso metodi correlati all'educazione non formale. Questo obiettivo è stato raggiunto formando gruppi di lavoro composti, oltre che dagli operatori, da pazienti curati nei centri e da altri che hanno già completato il percorso e che conducono uno stile di vita sobrio. Una delle fasi più importanti del progetto è stata la raccolta di suggerimenti proposti dagli ospiti coinvolti nel progetto sulle idee che possono essere implementate in un sistema terapeutico tradizionale. Il programma era finalizzato ad esaminare e migliorare l'intero ciclo terapeutico sulla base delle conoscenze teoriche e delle esperienze dei pazienti, con particolare attenzione ai primi mesi di terapia, che sono i più difficili per gli utenti.

La cooperazione internazionale ha consentito di scambiare conoscenze ed esperienze, nonché di confrontare i metodi di lavoro e le strategie dei due partner del progetto. L'uscita prematura dal programma è uno dei problemi che molte comunità terapeutiche in tanti paesi devono affrontare. Questa breve ricerca ha permesso, almeno in parte, di rispondere ad alcuni interrogativi riguardanti l'argomento affrontato. Rimane comunque un importante bisogno di approfondire ulteriormente questo fenomeno e, in generale, di monitorare costantemente la qualità dei nostri servizi.



The article reports some of the main outcomes of the European project ETC (European Therapeutic Communities). The research combined with the project activities, thanks to the contribution of drug-addicted patients, has made it possible to create a questionnaire, in two languages: Italian and Polish, for analyzing the effectiveness of drug addiction services and for assessing the reasons for early dropout of the therapeutic treatment. The results of the study are briefly presented in the central part of the article. In the part of the conclusions, some reflections and suggestions are reported regarding the issue of early withdrawal from the therapeutic treatment in the context of drug addiction.

Bibliografia

- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), pp. 247-267.
- Cancrini, M. G., & Mazzoni, S. (2002). *I contesti della droga: storie di esplorazione, autoterapia e sfida : un approccio psicologico al fenomeno delle dipendenze attraverso la complessità*. Milano: FrancoAngeli.
- European Commission. (2017). *European Pillar of Social Rights*. Brussels.
- European Commission. (2020a). *Communication from the commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social Committee and the Committee of the Regions. On achieving the European Education Area by 2025*. Brussels.
- European Commission. (2020b). *EU Agenda and Action Plan on Drugs 2021-2025*. Brussels.
- European Commission. (2021). *The Erasmus+ Programme Guide*. Brussels.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022). *European drug report 2022: trends and developments*. Luxembourg, https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/2022.2419_IT_02_wm.pdf: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), pp. 1108-1122.
- Hogan, J., & Radhakrishnan, J. (2013). The treatment of minimal change disease in adults. *Journal of the American Society of Nephrology*, 24(5), pp. 702-711.
- Korman, H., Bavelas, J. B., & De Jong, P. (2013). Microanalysis of formulations in solution-focused brief therapy, cognitive behavioral therapy, and motivational interviewing. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), pp. 31-45.
- Layard, R., & Clark, D. M. (2014). *Thrive: the power of evidence-based psychological therapies*. London: Penguin UK.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press.

-
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). Talking oneself into change: motivational interviewing, stages of change, and the therapeutic process. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, pp. 299–308.
- Newnham, E. A., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2010). Monitoring treatment response and outcomes using the World Health Organization's Wellbeing Index in psychiatric care. *Journal of affective disorders*, 122(1-2), pp. 133-138.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard review of psychiatry*, 13(2), pp. 57-70.
- Persons, J. B. (2012). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: Guilford Press.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 47(4), p. 637.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), pp. 547-559.
- Szadejko, K. (2020). Il modello "biopsicosociale". Verso un approccio integrale. *Teoria e Prassi*(1), 21-29.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional psychology: research and practice*, 24(2), p. 190.
- Yablonsky, L. (2002). Whatever Happened to Synanon? The Birth of the Anticriminal Therapeutic Community Methodology. *Criminal Justice Policy Review*, 13(4), pp. 329-336.

TEORIA E PRASSI
Rivista di Scienze dell'Educazione

Semestrale

Anno 3
Numero 5
Ottobre 2022

Direttore responsabile:
Alessandro Alvisi

Progetto grafico / Impaginazione:
Francesco Galli

Hanno collaborato:
Luca Balugani
Valentina Bertani
Michał Łebksi
Annalisa Pezzini
Marco Sirotti
Krzysztof Szadejko

Recensioni a cura di:
Daniele Bisagni
Daria Vellani

Segreteria di redazione:
Lia Poggi

Publicazione semestrale edita
dall'Istituto Superiore di Scienze dell'Educazione
e della Formazione "Giuseppe Toniolo"



tel.: +39 059 7112617
e-mail: segreteriarivaista@igtoniolo.it
sito: www.igtoniolo.it/teoria-e-prassi

Aut. Tribunale di Modena
3273/2020 del 03/06/2020
RG. n. 1333/2020