

**La coesione e l'alleanza, tra clinica e ricerca, in un gruppo a tempo limitato per giovani adulti, presso un Centro di Salute Mentale. Una ricerca di efficacia clinica**

**Maria Teresa Gargano\*, Vittorio Lenzo\*\*, Giuseppa Salanitro\*\*\*, Savio Camizzi\*\*\*\*, Girolamo Lo Verso\*\*\*\*\***

**Riassunto**

Nell'ambito della ricerca in psicoterapia di gruppo, in particolare ad indirizzo psicodinamico, si registra, ancora oggi, una scarsità di studi che indagano l'efficacia clinica e alcune variabili di processo, come la coesione e l'alleanza, nonostante il frequente utilizzo del dispositivo gruppale, per un ampio numero di problematiche, affrontate nel contesto pubblico. Da ciò un progressivo distacco tra le produzioni scientifiche della ricerca empirica e la pratica clinica effettuata nel contesto pubblico italiano. A partire da queste premesse, si è proceduto a realizzare una ricerca, i cui risultati sono descritti nel seguente articolo. In particolare sono presentati i risultati di esito e di processo (coesione e alleanza) relativi ai primi 6 mesi di una terapia di gruppo ad orientamento gruppoanalitico della durata di due anni, con cadenza settimanale, rivolta a giovani adulti, in un Centro di Salute Mentale. La ricerca ha mostrato che il trattamento preso in considerazione si è rivelato efficace, dopo 6 mesi, per quei pazienti che non presentavano gravi disturbi di personalità. Inoltre, la rilevazione empirica dei livelli di coesione e di alleanza di gruppo trovava una certa corrispondenza con la valutazione clinica, consueta, effettuata durante il gruppo equipe e si rivelava di forte utilità, perché favoriva una riflessione sul lavoro terapeutico, aiutando il clinico a non soffermarsi su posizioni difensive autoreferenziali. Il lavoro si

conclude con una discussione dei risultati.

**Parole chiave:** Coesione, Alleanza, Efficacia clinica, Psicoterapia di Gruppo, Servizio pubblico.

### Summary

Currently, the clinical efficacy of psychodynamic group psychotherapy, is still poorly studied. Also some process variables, such as cohesion and alliance, are poorly investigated, despite the group-setting is widely used in Italian public health system. Hence a progressive separation between the scientific work of empirical research and clinical practice conducted in the Italian public health system. Starting from these premises, a single-case research was realized, whose results are described in the following article. The focus will be put on the first six months of a weekly group therapy. Outcome and process results are presented. The patients (young adults), were offered a psychodynamic therapy with a group theoretic background, in a Mental Health Centre. Research has shown that treatment was effective, after 6 months, for those patients without severe personality disorders. Furthermore, the empirical assessment of group cohesion and group alliance levels was a certain correspondence with the equipe clinical assessment. This agreement furthered a reflection on the therapeutic work, helping the clinician not dwell on self-defensive positions. A discussion of the results is finally presented.

**Keywords:** Cohesion, alliance, clinical efficacy, group psychotherapy, public health service

## 1. Introduzione

La psicoterapia di gruppo costituisce oggi un trattamento sempre più utilizzato in ambito pubblico in virtù del favorevole rapporto costi/benefici (Costantini, 2000), sebbene rimangano ancora numerose difficoltà (Piper, 2008). Tali difficoltà riguardano in primo luogo la complessità che caratterizza la pratica clinica nei servizi pubblici di salute mentale che riflette l'eterogeneità dei disturbi presentati dai pazienti. Questo e molti altri aspetti chiamati in causa<sup>1</sup> contribuiscono a rendere problematico il contributo che la ricerca valutativa può dare alle psicoterapie effettuate nel servizio pubblico. D'altro canto, la crescita esponenziale dei costi dell'assistenza sanitaria in generale e dell'assistenza psichiatrica in particolare, fanno sì che il sottoporre i trattamenti e i loro esiti a procedure di verifica della loro efficacia "reale"<sup>2</sup> (*effectiveness*) sia un'esigenza ormai ineludibile.

Restrungendo il campo agli obiettivi di questo lavoro è facile rilevare come, a fronte del crescente interesse verso le forti potenzialità del dispositivo grupppale in ambito clinico, si registri un ritardo da parte della ricerca empirica rispetto alla capacità di affrontare la complessità che caratterizza ogni psicoterapia di gruppo. La ricerca finora compiuta ha, comunque, ampiamente confermato che la terapia di gruppo è efficace (Burlingame, MacKenzie, & Strauss, 2001, 2002), benché si possano annotare almeno due punti critici.

<sup>1</sup> \* Psicologo. Gruppoanalista. Dottore di Ricerca in Psicologia. Università Degli Studi di Palermo  
 \*\* Dottorando di ricerca in Scienze Psicologiche. Università Degli Studi di Messina  
 \*\*\* Psicologo. Gruppoanalista. Psicologo Volontario Centro di Salute Mentale. Distretto 13. Palermo  
 \*\*\*\* Psicologo. Gruppoanalista. Dirigente Psicologo Centro di Salute Mentale. Distretto 13. Palermo  
 \*\*\*\* Gruppoanalista. Professore Ordinario Cattedra di Psicoterapia. Università Degli Studi di Palermo

<sup>□</sup> Si veda a tal proposito il volume di Fava e Masserini (2002).

<sup>2</sup> Per una trattazione più articolata circa il concetto di efficacia clinica (*effectiveness*) nelle psicoterapie di gruppo si veda, ad esempio, il recente volume curato da Lo Coco, Prestano e Lo Verso (2008).

Uno di essi riguarda la percentuale di ricerche condotte in contesti clinici ambulatoriali che appare sottorappresentata (Burlingame, Fuhriman, & Mosier, 2003). L'altro è relativo al fatto che gli studi di esito di cui si dispone sono, in larga parte, ad orientamento cognitivo-comportamentale (Burlingame, MacKenzie, & Strauss, 2004).

Questi due aspetti contribuiscono a creare una sorta di zona d'ombra costituita dalla quasi assenza di ricerche che hanno preso in considerazione terapie di gruppo ad orientamento psicodinamico effettuate nei servizi pubblici di salute mentale, anche a breve termine. Nonostante la terapia di gruppo breve sia praticata ormai da diversi anni nei servizi pubblici italiani per un'ampia serie di obiettivi (Fasolo, Barillaro, Cantù, Cortese, Fava, 1997), esiste al riguardo poca documentazione di cui la maggior parte relativa ad esperienze canadesi e nordamericane (Costantini, 2000).

Come è facile intuire, le maggiori difficoltà metodologiche per la ricerca empirica sorgono nell'ambito delle terapie di gruppo ad orientamento psicodinamico e a lungo termine sia rispetto all'esito che al processo terapeutico<sup>3</sup>. Nelle terapie di gruppo ad orientamento psicodinamico, la complessità delle variabili interagenti nel processo di gruppo, legata all'esito, mette a dura prova le capacità dei ricercatori nel trarre inferenze statistiche valide e, al contempo, offrire dati utili ai clinici, impegnati a vario titolo nel campo della salute mentale (Strauss, Burlingame, & Bormann, 2008). Spesso, inoltre, è problematico rintracciare nei lavori di ricerca descrizioni chiare di come sia avvenuto il cambiamento registrato nei pazienti.

L'intreccio tra le innumerevoli variabili che concorrono ad influenzare l'andamento di una psicoterapia di gruppo fa sì che alcune questioni

---

<sup>3</sup> Per una *review* sulle psicoterapie di gruppo a lungo termine si veda Lorentzen (2006). Di recente, inoltre, è stata pubblicata un'ampia ricerca che ha valutato l'efficacia di gruppi ad orientamento analitico e psicodinamico a lungo termine all'interno di un *setting* naturalistico, ottenendo una percentuale di successo del trattamento di oltre la metà del campione (Tschuschke, Anbeh, & Kiencke, 2007).

sorgano fin dalla operazionalizzazione dei costrutti presi in considerazione. Si può facilmente avere una prova concreta di quanto detto prendendo in considerazione alcuni tra i fattori più studiati dalla ricerca sul processo terapeutico, come la coesione di gruppo e l'alleanza terapeutica.

Nel corso degli anni molti autori si sono interessati a quei fenomeni gruppali intesi con il termine "coesione", con il risultato che ad oggi esistono varie definizioni, non sempre unitarie, con inevitabili conseguenze anche sul versante della ricerca empirica. Al riguardo basti ricordare che le definizioni fornite da Piper e colleghi (1983) e, successivamente, da Budman (1987) sono scaturite nella costruzione di due strumenti differenti. Infatti, se il *Group/Member/Leader Cohesion Scale* (GMLCS) di Piper e colleghi (1983) valuta la coesione per mezzo di un self-report focalizzandosi a livello dei singoli membri del gruppo, il *Group Cohesion Scale* (GCS) di Budman e colleghi (1987) valuta la connessione del gruppo nel suo insieme, attraverso un osservatore esterno che lavora sui trascritti delle sedute. L'attenzione rivolta al costrutto di coesione, all'interno del filone di ricerche sul processo terapeutico, trova fondamento nel ruolo di variabile mediatrice che assume nel facilitare l'emergere di altri fattori terapeutici con un impatto più diretto sull'outcome (Kipnes, Piper, & Joyce, 2002; Crouch, Bloch, & Wanlass, 1994; Colijn, Hoencamp, Snijders, 1991). Tuttavia, non sempre la coesione facilita il processo di cura e in alcuni casi può anche intralciarne lo sviluppo (Hartmann, 1981; Parson, 1985; Pines, 1985).

Problematiche di tal genere, oltre che all'interno di singoli costrutti, sorgono anche tra concetti diversi. Difatti, far riferimento al concetto di coesione nelle terapie di gruppo implica il prendere in considerazione anche quello di alleanza terapeutica, dati i punti di sovrapposizione. Come ricorda Joyce (Joyce, Piper, & Ogrodniczuk, 2007), alcuni autori ritengono che il costrutto di coesione nella

terapia di gruppo sia analogo, se non equivalente, al concetto di alleanza nella terapia individuale. Va rilevato, comunque, che la significativa predittività dell'alleanza terapeutica per l'esito della relazione tra paziente e terapeuta (Martin, Garske, & Davis, 2000; Horvath & Bedi, 2002), non è finora stata del tutto chiarita, rispetto all'ambito delle terapie di gruppo. Una recente ricerca (Joyce, Piper, & Ogrodniczuk, 2007) poneva a confronto l'alleanza terapeutica e la coesione, nella loro capacità di predire l'*outcome*, in un gruppo a breve termine ad orientamento interpersonale. Dai risultati era possibile notare come l'alleanza valutata dal paziente dimostrava possedere una significativa predittività rispetto all'*outcome*, sebbene anche alcuni aspetti della coesione influivano sui risultati ottenuti. Dunque da questo studio, in termini di semplice relazione, l'alleanza sembrerebbe essere maggiormente associata con l'esito rispetto alla coesione<sup>4</sup>. D'altro canto, a livello teorico-clinico si ritiene che nelle terapie di gruppo sia basilare favorire lo sviluppo della coesione, in particolare nei trattamenti brevi e/o a tempo limitato (MacKenzie, 1997; Costantini, 2000).

Nell'impossibilità di esaurire in questa sede l'ampio dibattito sulla ricerca nelle terapie di gruppo ci pare utile, ad ogni modo, ricordare come le differenti misure disponibili si possano collocare a livelli differenti di astrazione rispetto ad un determinato aspetto (o più aspetti) del complesso intreccio costituito dal processo terapeutico. Per questa ragione è importante che la scelta degli strumenti da impiegare sia preceduta da una consapevolezza di carattere "epistemologico" sugli obiettivi che si intende perseguire nella ricerca.

---

<sup>4</sup> Va evidenziato come l'alleanza era operazionalizzata secondo le concettualizzazioni di Greenson (1967) che con il termine "alleanza di lavoro" intendeva "la capacità del paziente di lavorare nella situazione analitica (pag. 167)".

## 2. La ricerca

Lo studio che ci accingiamo a presentare parte da alcune constatazioni rispetto alla relazione che lega oggi l'ambito della ricerca empirica e quello della pratica clinica. Attualmente, le politiche sanitarie sono sempre più improntate al *managed care* e vi sono pressioni per una trasposizione dei metodi *evidence based* anche nel campo dei trattamenti psicoterapeutici (Nathan, & Gorman, 1998). Ciò ha contribuito a determinare una sorta di "vuoto" epistemologico tra la diffusione di alcuni trattamenti nella pratica clinica, come le psicoterapie di gruppo, e la quantità di ricerche condotte in tale ambito. Inoltre, restringendo il campo delle terapie di gruppo al panorama italiano, è possibile notare come la ricerca si sia focalizzata su un piano di indagine teorico-clinico con una minore attenzione alla ricerca empirica (Gullo & Lo Verso, 2008) ad esclusione di un recente filone di ricerca che si è occupato di gruppi monosintomatici per pazienti con disturbi del comportamento alimentare (Prestano & Lo Coco, 2008).

A partire da queste premesse si è proceduto ad effettuare una ricerca empirica focalizzata su una terapia di gruppo ad orientamento gruppoanalitico della durata di due anni, con cadenza settimanale, rivolta a giovani adulti. Riteniamo che il gruppo oggetto di questa ricerca, composto da pazienti con diagnosi diverse, e spesso in condizioni di comorbilità, sia, per certi versi, esemplificativo della complessità che caratterizza la pratica clinica "reale". A tal proposito, lo studio si colloca in un'ottica esplorativa e adotta un disegno naturalistico del tipo single-case. Infatti, nonostante le limitazioni relative alla possibilità di generalizzare i risultati ottenuti, tale tipologia di disegno sperimentale si rivela in questi casi appropriata come sorgente di informazioni all'interno di un campo di ricerca in psicoterapia ancora così poco esplorato.

La ricerca seguirà tutta la durata del trattamento con i seguenti obiettivi:

1. Descrizione della struttura di personalità dei pazienti e dello stile di attaccamento dei pazienti prima del trattamento e registrare eventuali cambiamenti a distanza di sei mesi, ad un anno e infine al termine del trattamento;
2. Verificare la riduzione sintomatica a sei mesi, ad un anno e al termine del trattamento rilevando se a ciò corrisponde un cambiamento nella struttura di personalità e dello stile di attaccamento dei partecipanti;
3. Monitorare l'andamento della coesione e dell'alleanza nel corso del tempo;
4. Verificare come i fattori di alleanza e coesione siano legati all'esito della terapia.

Preliminarmente alla ricerca si è proceduto ad acquisire il consenso informato da parte dei pazienti per il trattamento dei dati, illustrando gli obiettivi e l'utilità di valutare i servizi offerti in un contesto pubblico. La scelta degli strumenti utilizzati è stata guidata da una duplice esigenza. Da un lato, la necessità di poter disporre all'interno di una struttura sanitaria pubblica di strumenti "agili" da somministrare e allo stesso tempo largamente impiegati in letteratura. Dall'altro, il bisogno di seguire l'andamento del processo terapeutico mediante la rilevazioni di alcune variabili mediatrici rispetto all'esito, come l'alleanza terapeutica e la coesione. La scelta dell'intervallo di somministrazione degli strumenti di processo (ogni 5 sedute circa) è stata effettuata da una ricognizione della letteratura in

merito<sup>5</sup>, nonché dagli obiettivi specifici della ricerca. Le sedute sono state, inoltre, registrate e trascritte allo scopo di attuare un livello di indagine microprocessuale rispetto al processo terapeutico<sup>6</sup>.

In questo lavoro abbiamo ritenuto utile presentare i dati a sei mesi dall'inizio della terapia per provare a rispondere a due importanti questioni che si possono collocare tra clinica e ricerca<sup>7</sup>.

La prima riguarda la necessità di comprendere cosa accade a 6 mesi dall'inizio di una terapia ad orientamento gruppoanalitico. Sebbene questo arco di tempo sia chiaramente troppo breve per incidere sulla struttura di personalità dei soggetti, nondimeno è importante rilevare se si registrano cambiamenti a livello dei sintomi presentati, allo scopo di poter attuare un confronto a più livelli con altre forme di trattamento. La risposta a tale quesito ci pare di rilevante interesse se si considera che il trend attuale rispetto ai trattamenti psicoterapeutici nei servizi pubblici spinge verso terapie sempre più brevi e focalizzate su specifici problema (Costantini, 2000).

L'altra questione riguarda il complesso rapporto tra ricerca empirica ed esperienza clinica. In questa prospettiva, riteniamo di vitale importanza per il futuro della ricerca in psicoterapia la possibilità di avviare un lavoro di connessione tra la pratica clinica e la ricerca empirica. Nell'adempiere a tale scopo, il lavoro qui presentato si prefigge di verificare se i principali movimenti clinici del processo erano supportati a livello empirico dai dati ottenuti attraverso la somministrazione di alcuni strumenti. In altre parole, una delle questioni che anima questo lavoro è comprendere, mediante utilizzo di fonti diverse, se gli strumenti impiegati sono indicatori "sensibili" di

---

<sup>5</sup> Ad esempio, per quanto riguarda l'alleanza terapeutica Lingiardi, Filippucci & Baiocco (2005) effettuano le rilevazioni tramite CALPAS (Marmar et al., 1986; 1989; 1989a; Gaston, 1991; Gaston & Marmar, 1994) ogni 5 sedute.

<sup>6</sup> In questo contesto non è stato possibile approfondire il modo in cui, inevitabilmente, il registratore si è inserito all'interno della relazione terapeutica, anche per aspetti relativi ai co-transfert (Lo Verso, 1994) del processo di gruppo.

<sup>7</sup> Rimandiamo a Lenzo, Gargano, Salanitro, Camizzi, & Lo Verso (2009) per una trattazione più sistematica dei risultati ottenuti a sei mesi dall'inizio del trattamento.

quanto accade a livello clinico nel corso di uno specifico trattamento. Attendiamo successive rilevazioni per potere esplorare il rapporto che lega due tra i principali fattori terapeutici, ovvero l'alleanza terapeutica e la coesione, con l'esito della terapia. Come si è accennato in precedenza la letteratura teorico-clinica sottolinea il ruolo che assume la coesione di gruppo nel buon esito del trattamento (MacKenzie, 1997; Costantini, 2000). D'altro canto, nell'ambito della ricerca empirica empiriche emerge come l'alleanza terapeutica sia correlata in misura maggiore con l'esito del trattamento (Martin, Garske, & Davis, 2000; Horvath & Bedi, 2002), anche nelle terapie di gruppo (Joyce, Piper, & Ogrodniczuk, 2007).

#### ✓ **La scelta del gruppo a tempo limitato per giovani adulti**

La scelta, effettuata da due neo-specializzate al Laboratorio di gruppoanalisi, di utilizzare il dispositivo del gruppo a tempo limitato (2 anni), all'interno di un Centro di Salute Mentale, dipendeva principalmente dalla presenza di due fattori:

- visualizzazione delle risorse che il contesto pubblico offriva;
- problematiche presentate dai pazienti e comune appartenenza ad una specifica fase del ciclo di vita.

Da un lato la consapevolezza di "stare" all'interno di un servizio pubblico spingeva a ricorrere a dispositivi efficaci, contenendo allo stesso tempo i costi e anche i tempi; il gruppo a tempo limitato da questo punto di vista risponde a queste esigenze.

Inoltre, i pazienti del gruppo appartengono alla stessa fase evolutiva, vicinanza che comporta omogeneità e senso di appartenenza rispetto a temi centrali che attraversano le storie di vita: fattore importante per il lavoro psicoterapico che è vincolato da un preciso spazio temporale. I pazienti sono accomunati da problematiche relazionali affini. Si trovano in quella fase del ciclo di vita in cui è difficile

costruire una progettualità. I pazienti si confrontano, dunque, con difficoltà di svincolo e di separazione dalla matrice familiare (difficoltà nel creare legami e mantenerli nel tempo, sessualizzazione della relazione, difficoltà nel vivere una corporeità sana). I pazienti vivono la difficoltà a visualizzare i nodi problematici all'interno dell'ambiente familiare. Essi si ritrovano così a condividere un senso di smarrimento rispetto alle aspettative dei genitori, talvolta troppo cautelativi e remissivi davanti ai loro bisogni di autonomia e di protezione costruendo modelli relazionali senza regole e confini precisi; talvolta davanti a genitori rigidi nei confronti dello slancio vitale dei figli verso nuovi modi di vivere. All'interno di un'esperienza di gruppo psicoterapeutico a tempo limitato diventa visibile, più che in altri dispositivi, il processo di separazione. I partecipanti vivono un'esperienza definita, con confini temporali ben delineati che permette di elaborare le dinamiche che hanno determinato il conflitto tra i propri gruppi interni intenzionanti (Napolitani, 1987) e la spinta a "tradire" questi verso lo sviluppo della propria autonomia.

L'insieme di questi elementi ha definito il gruppo di psicoterapia gruppoanalitico, a tempo limitato, della durata di due anni, eterogeneo per patologia. Il gruppo è co-condotto da due terapeute ed è composto da 7 pazienti, di età compresa tra i 18 e i 24 anni. Alcuni di loro avevano già seguito un trattamento in setting individuale.

## ✓ Strumenti

Il progetto di ricerca ha previsto l'impiego di diversi strumenti per ottenere strumenti sia di esito che di processo<sup>8</sup>. Ai fini di questo lavoro ci focalizzeremo esclusivamente su GMLCS e CALPAS:

<sup>8</sup> **Per la valutazione della personalità:** *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200) (Shedler, Lingiardi, 2003); *Attachment Style Questionnaire* (ASQ) (Fossati et al., 2003). **Per la valutazione dell'esito:** *Outcome Questionnaire 45.2* (OQ-45.2) (Lambert et al., 1996; Lo Coco et al., 2006); *Symptom Checklist-90* (SCL-90) (Leonard, Derogatis, 1991).

## Processo

*Group/Member/Leader Cohesion Scale (GMLCS)* (Piper, Jones, Lacroix, Marrache, Richardson, 1984). Si tratta di uno strumento *self-report* costruito in 3 forme che valuta la *individual cohesion*, ovvero il senso di connessione (unione) ad un gruppo da parte di uno specifico membro, sia che il legame in questione si riferisca agli altri membri, al terapeuta o al gruppo nel suo insieme. In questo studio verranno utilizzate solo due forme: quella che valuta la coesione rispetto al terapeuta e quella rispetto al gruppo nel suo insieme. I 2 questionari sono composti da 9 items, su una scala Likert a 6 punti (da *pochissimo* a *moltissimo*) forniscono punteggi rispetto a tre aree: *qualità positive, insoddisfazione rispetto al ruolo del terapeuta, compatibilità personale* per quanto riguarda la Coesione rispetto al terapeuta; *effetto e stimolazione mutua, impegno verso il gruppo, compatibilità verso il gruppo* per quanto riguarda la Coesione rispetto al gruppo nel suo insieme.

*California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS)* (Marmar et al., 1986; 1989; 1989a; Gaston, 1991; Gaston & Marmar, 1994). Si tratta di un questionario *self-report* per la valutazione dell'alleanza terapeutica in gruppo che, nella sua forma breve, è composto da 12 items su una scala Likert a 7 punti (da *assolutamente no* a *moltissimo*). Lo strumento fornisce la valutazione di quattro indici di alleanza terapeutica. Questi indici si riferiscono ai contributi del paziente nel processo di formazione dell'alleanza. I quattro indici di alleanza terapeutica forniti dalla CALPAS sono: Capacità di lavoro del paziente (*Patient Working Capacity, PWC*), Impegno del paziente (*Patient Commitment, PC*), Consenso sulla strategia di lavoro (*Working Strategy Consensus, WSC*), Comprensione e coinvolgimento del terapeuta (*Therapist Understanding and Involvement, TUI*).

## Risultati di esito

La SWAP-200 è stata effettuata solo all'inizio del trattamento in quanto l'arco di tempo preso in considerazione (6 mesi) appare troppo breve per rilevare cambiamenti nella struttura di personalità dei pazienti. Come si può osservare dalla Tab.1, dai punteggi PD-T iniziali si osserva come molti pazienti presentino punteggi elevati prevalentemente nelle categorie Istrionico, Borderline e Dipendente, indicando inoltre la probabile presenza di più di un disturbo di personalità da DSM-IV<sup>9</sup>. Da una valutazione dimensionale della personalità, attraverso i punteggi Q-T, si osserva invece una variabilità maggiore seppur con una maggior presenza di tratti Dipendente, Disforico e Depressivo ad alto funzionamento.

Dalla Tab.1 si può inoltre osservare che, all'inizio del trattamento, rispetto ai punteggi SCL-90-R<sup>10</sup>, più della metà dei pazienti presenta un Indice di Severità Globale (GSI) che supera il cut-off di 1,20, identificando i pazienti con disturbi più gravi. Si osserva comunque che in due pazienti il punteggio del GSI si mantiene al di sotto della soglia patologica di 0,60<sup>11</sup>. Da una lettura congiunta si può osservare come la presenza di un alto punteggio al GSI tende ad associarsi alla presenza di uno o più disturbi di personalità.

A distanza di 6 mesi, quattro pazienti ottengono un cambiamento clinicamente significativo (Jacobson & Truax, 1991) a livello sintomatico, come evidenziato nella tabella.

---

<sup>9</sup> È opportuno evidenziare che l'applicazione della SWAP-200, effettuata dopo un mese dall'inizio del gruppo, a soggetti che si trovano in una fase del ciclo di vita, caratterizzata spesso da repentini cambiamenti (sollecitati da eventi quali la partecipazione a corsi universitari, lavoro precario, instabilità nelle relazioni affettive), spinge il ricercatore e il clinico ad una più cauta lettura dei dati, e occorre aspettare un arco di tempo più ampio per valutare più accuratamente sia le caratteristiche di struttura di personalità, che una loro eventuale trasformazione.

<sup>10</sup> Lo strumento valuta la presenza di sintomi patologici nell'ultima settimana.

<sup>11</sup> Per i dati normativi si è fatto riferimento allo studio di Hartkamp, Kiuse, Franke, Reister, & Tress (2000).

Tabella 1. Punteggi PD-T e Q-T SWAP-200

Paziente	SWAP-200*				SCL-90-R**		
	PD-T		Q-T		GSI _1	GSI _2	RCI
1	Borderline 57.32	Istrionico 53.81	Depressivo 60.16	Paranoico 58.04	1,2	1,2 4	- 0,72 5
2	Istrionico 61.35	Borderline 58.26	Dipendente 70.89	Istrionico 63.39	1,7 7	1,7 6	0,18 1
3	Ossessivo 61.89	Schizoide 61.67	Evitante 61.28	Schizoide 60.79	1,6 4	1,2 8	5,80 6
4	Istrionico 68.91	Dipendente 57.58	Istrionico 75.83	Dipendente 73.01	1,2 5	0,9	5,80 6
5	Evitante 54.66	Dipendente 52.50	Ossessivo 57.28	Evitante 54.57	0,3 5	0,1 5	3,26 5
6	Istrionico 55.34	Dipendente 52.61	Narcisistico 69.54	Depressivo 60.55	0,3 3	0,4 8	- 2,54
7	Dipendente 58.76	Borderline 53.39	Dipendente 59.67	Disforico 58.54	1,0 1	0,7 4	4,35 4

\*Sono riportati i due punteggi più alti, sia dei fattori PD-T che dei fattori Q-T, di tutti i pazienti del gruppo. Può essere considerato indice di un disturbo di personalità ogni punteggio che superi 60. Sono evidenziati in grassetto i punteggi che superano tale cut-off.  
 \*\*GSI\_1: Rilevazione Pre-trattamento; GSI\_2: Rilevazione a 6 mesi;  
 RCI: *Reliable Change Index* (Jacobson & Truax, 1991). Può essere considerato un cambiamento clinicamente significativo ogni RCI  $\geq$  1,96 evidenziati in grassetto.

## **Il processo nei primi 6 mesi di trattamento: tra clinica e ricerca**

In questo paragrafo ci soffermeremo ad illustrare alcune vicende che riguardano due pazienti in particolare, cercando di confrontare l'esperienza clinica con quella empirica. Nei primi tre mesi dell'esperienza (che corrispondono pressappoco alla prima e alla seconda rilevazione empirica) ci sono stati dei momenti di smarrimento, vissuti soprattutto da due pazienti, che chiamiamo: Marcella e Mario, i quali, mostrano, attraverso le loro ripetute assenze dalle sedute, alcune difficoltà a partecipare con continuità al gruppo. Marcella e Mario iniziano, contemporaneamente all'avvio del gruppo, un'occupazione lavorativa. Questo fattore sembra impedire loro la partecipazione continua alle sedute. Entrambi lamentano l'impossibilità a rendersi liberi a causa di turni lavorativi poco flessibili.

Marcella avvisa della sua assenza alla seduta, telefonicamente la mattina, dicendo dispiaciuta che non potrà essere presente nel gruppo perché il suo datore di lavoro non le ha concesso di modificare l'orario dei turni: *"dott.ssa lui mi odia, gliel'ho chiesto domenica e non mi ha permesso di venire"*. I conduttori pensano che, tuttavia, Marcella sapeva da quindici giorni che il gruppo si sarebbe svolto di giovedì e dunque avrebbe potuto chiedere prima il cambio turni: in

questo modo lei può attribuire ogni responsabilità al datore di lavoro, lamentando una certa ostilità da parte sua. Da un lato, tenendo conto della sua storia personale, si riflette su questo comportamento che rispecchia una modalità relazionale della paziente: lei stabilisce una forte dipendenza nelle relazioni con l'altro per paura di essere abbandonata e non avere attenzioni questo la porta anche a non sapersi occupare di sé; dall'altro si rivolge l'attenzione a ciò che è accaduto nel gruppo per "tradurre" queste sua assenza, in particolare all'ultima seduta alla quale Marcella ha partecipato.

La paziente aveva raccontato, quasi al termine della seduta ed in lacrime, che la madre la costringeva a girare intorno al palazzo della sua abitazione per verificare che non avesse investito un bambino. Marcella lancia un messaggio, che non viene adeguatamente raccolto dalle terapeute. Marcella, rivive, così, dentro al gruppo, un grande senso di solitudine e abbandono, come se fosse quel "bambino investito" che non ha avuto lo sguardo attento di un adulto. Il gruppo, che può essere un'ottima risorsa per accogliere la sua sofferenza, in questo momento ha difficoltà nel contenere la paziente poiché si trova in una fase di costruzione di legame tra i partecipanti. Malgrado ciò i pazienti chiedono del perché Marcella si assenti ed esprimono il proprio dispiacere. Si decide, così, di chiamare la paziente per fare un colloquio individuale, nell'ottica di accogliere la sua difficoltà e ri-accompagnarla dentro l'esperienza, pensando, in tal senso, che ci sia l'opportunità da parte della paziente di poter vivere una dipendenza sana che possa ricostituire legami affettivi che non ha mai sperimentato. Marcella si rende immediatamente disponibile all'incontro la mattina del giorno della seduta di gruppo. Durante il colloquio con la paziente le sue assenze vengono "tradotte" come timore nell'affrontare la distruttività della madre nei confronti di "questo bambino investito". Il timore di non avere le giuste attenzioni e di essere "investita" da questa distruttività; è rimandata

l'importanza del gruppo come luogo di confronto puntualizzando la funzione terapeutica dell'esperienza nel rappresentare un setting, diverso da quello individuale, dove potersi prendere cura di sé attraverso gli altri partecipanti, in una continua reciprocità di risonanze e rispecchiamenti. In questo senso la paziente inizia ad attribuire un senso differente al lavoro di gruppo valorizzandolo come risorsa: inizia a percepire come importante non solo la sua partecipazione ma anche la presenza degli altri pazienti. Questo è immediatamente visibile nelle sedute successive, e, dopo la pausa estiva, nello spostamento che attua nel rivolgersi ai pazienti piuttosto che ai terapeuti.

Mario, nei primi mesi, si assenta ed arriva con notevole ritardo alle sedute per diverse volte, spesso senza avvisare. In un primo momento il paziente "giustifica" la sua assenza con la difficoltà di gestione dei turni di lavoro. Il paziente richiede, al termine di quasi ogni seduta in presenza solo delle terapeute, di svolgere un colloquio individuale, sottolineando che ha difficoltà a parlare in gruppo. All'interno del gruppo equipe pensiamo che, in questa prima fase, andare incontro a tale richiesta potrebbe colludere con il timore del paziente di confrontarsi e stare in un luogo "trasgressivo". Sollecitiamo quindi Mario a poter esprimere questa emozione negativa, in gruppo, garantendo il nostro accoglimento. Inoltre, iniziamo a pensare che la psicoterapia di gruppo attivi in Mario la dimensione del peccato e ciò diventa più chiaro quando il paziente, durante una seduta, esprimerà una problematica relativa al rapporto con la sua famiglia. Mario, solitamente, si racconta in gruppo con il consueto atteggiamento flemmatico, parla in modo molto vago della sua storia personale, accenna qualcosa della sua storia clinica mentre rispetto a quella familiare l'elemento che sembra essere più dicibile è quello della sordità dei genitori. Nella stessa seduta, emerge tuttavia un elemento nuovo: Mario avrebbe voluto continuare ad essere

seguito dalla sua neuropsichiatra infantile, nel momento in cui la dottoressa si trasferì dal pubblico al privato, ma i genitori e anche il fratello maggiore (di soli due anni) decisero che non aveva problemi così gravi da giustificare una terapia a pagamento. Da quel momento, Mario ha fatto di testa sua, nascondendo ai genitori e ai fratelli la sua esigenza di fare terapia e gli incontri svolti nelle diverse istituzioni. Questo atteggiamento provoca in Mario diverse complicazioni, soprattutto riguardo alla frequenza del gruppo: poiché i suoi familiari non ne sono a conoscenza quando il giovedì deve uscire da casa o spostarsi dal lavoro deve inventare delle scuse, ciò inevitabilmente lo porta a sentirsi peccaminoso. Prendersi cura di sé sembra impossibile in questi termini.

Problematizziamo all'interno del gruppo la questione relativa alle assenze ed ai ritardi, puntualizzando quanto sia importante sia per i singoli ma anche per l'intero gruppo la presenza continua.

Soffermandoci sulla vicenda vissuta con quest'ultimo paziente, ipotizziamo che probabilmente per Mario è stato difficile farsi carico della frammentarietà che ha caratterizzato le interazioni nei primi mesi di fondazione del gruppo. Nelle prime sedute, infatti, i confini interno/esterno sono stati molto incerti e si registravano contrapposizioni, capovolgimenti, instabilità e continue polarizzazioni. Di fronte alle diverse soggettività presenti nel gruppo, il paziente si proteggeva affermando il proprio modo di essere, ad esempio quello di chi non può parlare dietro le spalle, perché commette peccato, dunque come poteva essere libero di esprimersi, senza con questo rischiare di violare i "vincoli" e i "principi" cattolici che hanno guidato la sua crescita e la costruzione della sua identità? La difficoltà di Mario è sia parte di una problematica relativa alla sua storia personale e modalità relazionale, ci riferiamo al "confessare" in un luogo "laico" i suoi pensieri e gestire i suoi giudizi rispetto agli altri; sia parte di una problematica relativa al momento che attraversa il

gruppo, in tal senso ci riferiamo al tempo della fondazione, dove il paziente non trova ancora uno spazio che può sostenere e accogliere la sua sofferenza.

Nel momento in cui nel gruppo si solidificava il senso di appartenenza e il confine con l'esterno diventava più definito, la distanza tra le sedie degli altri partecipanti si riduceva e Mario sentiva di avere più spazio. In termini più psicopatologici, le territorialità ossessive e schizoidi (Pontalti, 2002) di Mario venivano amplificate, all'interno di una matrice nascente e ciò ha favorito nell'equipe una riflessione profonda sui tempi di inserimento nel gruppo di un paziente che può presentare una tale struttura di personalità.

Dopo la pausa estiva il gruppo appare più coeso, i partecipanti si confrontano e ascoltano le proprie risonanze emotive rimandandole all'interno dell'esperienza. Ci sono ancora vissuti legati al senso della solitudine, ma stavolta sono compartecipati all'interno del gruppo attraverso il confronto tra i pazienti. Il gruppo mobilita ed attiva i propri vissuti, e all'interno di una matrice dinamica ben strutturata i pazienti cominciano a raccontare i sogni. Mario sembra trovare giovamento dal movimento coesivo: la sua partecipazione al gruppo diventa assidua e inizia a raccontarsi svelando misteri e non detti della sua famiglia. Un suo sogno, probabilmente segnala proprio la difficoltà nel mettersi in gioco: *"ho sognato che mi trovavo in uno di questi posti in cui si fanno le scommesse e io dovevo fare la mia scommessa, c'erano diverse partite, diverse squadre e diverse giocate non sapevo quale scegliere e me ne andavo"*. Il sogno, probabilmente, rivela la paura di rischiare nella vita come nel gruppo di terapia, e la scommessa scivola nell'azzardo.

La conduzione del gruppo attraverso una funzione più di tipo gestionale, con prime sollecitazioni verso una iniziale funzione analitica e narrativa, ha favorito la creazione e il mantenimento dei confini del setting; nelle prime dieci sedute, l'attenzione era

maggiormente rivolta alla creazione di uno spazio dove pian piano i pazienti potessero fidarsi l'un l'altro e creare un gruppo coesivo. A tal fine si sono evitati interventi prettamente rivolti alle storie personali, riformulazioni ed interpretazioni malgrado si visualizzassero, per alcuni pazienti che avevano svolto un percorso individuali più lungo, delle connessioni all'interno del gruppo. La conduzione si adoperava per accogliere le soggettività di ognuno e progressivamente radicarle nelle rispettive storie: cosa significa, per Mario avere la paura della punizione, così come per Marcella non avere lo sguardo dell'altro?. Parallelamente si lavorava in gruppo per includere la contraddizione e la logica prossimale.

Le difficoltà presentate dai due pazienti nel partecipare con continuità alle sedute, veniva nello stesso tempo segnalata anche dalla somministrazione degli strumenti di coesione e di alleanza.

**Tab. 3 Calpas-G- Alleanza Terapeutica di Gruppo**

Pazienti	Capacità di lavoro del paziente (PWC)			Impegno del paziente (PC)			Consenso sulla strategia di lavoro (WSC)			Comprensione e coinvolgimento del terapeuta (TUI)		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
<b>RILEVAZIONE</b>												
Mario	5,6	3,6	4,0	4,6	4,3	3,6	5,0	5,0	3,3	3,3	5,0	4,6
Marcella	6,6	3,3	6,0	6,3	4,6	5,6	3,3	3,3	4,6	4,0	3,3	3,0

Un'ulteriore annotazione, infatti, riguarda il rapporto che lega GMLCS e CALPAS-G ai dati clinici forniti dai terapeuti che conducono il gruppo. Come si può rilevare dalle Tab. 3, 4 e 5, gli alti punteggi iniziali di coesione e soprattutto di alleanza (probabilmente espressione di una "dichiarazione di fiducia al lavoro del gruppo"), mostrano nella II rilevazione, in diverse sottoscale, un abbassamento successivo, per poi attestarsi a valori medio-alti. Queste oscillazioni sono confermate dall'ascolto delle registrazioni e dalla valutazione clinica, consueta, effettuata durante il gruppo equipe.

Tab. 4 GMLCS vs Gruppo – Coesione rispetto al gruppo

Pazienti	Effetto e stimolazione mutua			Impegno verso il gruppo			Compatibilità verso il gruppo		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
<b>RILEVAZIONE</b>									
<b>Mario</b>	3,0	2,3	3,6	4,0	3,6	3,6	4,3	4,0	4,6
<b>Marcella</b>	2,0	2,4	4,0	3,6	2,3	4,6	1,6	2,1	3,6

Dunque, sebbene sia necessario aspettare ulteriori rilevazioni per ipotizzare trend stabili di sviluppo di coesione e di alleanza, si può rilevare come gli strumenti impiegati si siano dimostrati sensibili indicatori di quanto accadeva a livello clinico.

Tab. 5 GMLCS vs Terapeuta – Coesione rispetto al terapeuta

Pazienti	Qualità positive	Insoddisfazione rispetto al ruolo del	Compatibilità personale

				terapeuta					
RILEVAZIONE	I	II	II I	I	II	II I	I	II	III
Mario	5, 0	4, 0	4, 3	5, 0	4, 6	4, 6	4, 7	2, 6	3,0
Marcella	4, 6	2, 3	4, 3	2, 3	2, 3	4, 3	3, 0	2, 2	2,3

## Conclusioni

Sebbene i limiti di questo studio impediscano di trarre conclusioni sul legame causale tra le variabili in esame, l'analisi dei dati ha permesso di rilevare alcune importanti relazioni tra i fattori in causa, consentendo così di generare ulteriori ipotesi da verificare empiricamente. D'altra parte riteniamo che, negli ultimi venti anni, la rincorsa alla "scoperta" della direzionalità tra le variabili che entrano in relazione, all'interno del processo, attraverso l'uso di indici statistici sempre più sofisticati, rischia di creare una nuova convinzione, e cioè che le scienze statistiche possano risolvere e "sollevare" il clinico dallo "stare" nella difficoltà e nel dubbio, che inevitabilmente caratterizzano molti momenti della terapia.

Aggiungiamo che i costrutti di alleanza e di coesione, così come sono stati pensati dalla maggior parte dei ricercatori, come hanno ben descritto Renzo Carli e collaboratori (2009) in un recente articolo, si possono collocare ad un livello di tipo interazionista. Per questi motivi si è scelto di registrare le sedute, previo consenso dei pazienti. Sui trascritti saranno applicati alcuni strumenti che consentiranno di confrontare il punto di vista del paziente con quello di osservatori esterni.

Partendo da queste considerazioni, è doveroso, comunque, affermare

che la ricerca empirica, se attenta al contesto, e costantemente in dialogo con i terapeuti e con i pazienti, si rivela di forte utilità, perché favorisce una riflessione sul lavoro terapeutico, aiutando il clinico a non soffermarsi su posizioni difensive autoreferenziali.

Lo studio presentato ha consentito di descrivere sia in modo categoriale che dimensionale la struttura di personalità del soggetto, evitando l'attribuzione di etichette nosografiche che non tengono conto della complessità dell'individuo e, dunque, anche delle sue risorse. Dalla somministrazione di alcuni strumenti di esito è emerso che il trattamento preso in considerazione si è rivelato efficace, dopo 6 mesi, per quei pazienti che non presentavano gravi disturbi di personalità (tab. 1 e tab. 2) per i quali occorre attendere probabilmente un tempo più ampio. Questo dato, letto con una doverosa cautela, si rivela comunque prezioso poiché ci dà delle prime evidenze rispetto all'efficacia clinica di un trattamento ad orientamento gruppoanalitico già a sei mesi dall'inizio della terapia. Quindi, mantenendo comunque presente la natura esplorativa della ricerca, si può affermare, sulla base dei dati, che la terapia di gruppo ad orientamento gruppoanalitico in esame abbia ottenuto dei risultati positivi in un arco di tempo relativamente breve. Ciò ci pare di rilevante interesse se si considera che il trend attuale rispetto ai trattamenti psicoterapeutici nei servizi pubblici spinge verso terapie sempre più brevi e focalizzate su specifici problema (Costantini, 2000). Ovviamente, sarà interessante confrontare questi risultati con quelli osservati al termine della terapia, per registrare se un arco di tempo più lungo abbia inciso ad un livello strutturale dei soggetti.

In questa prospettiva, auspichiamo che aumentino all'interno del servizio pubblico ricerche in tale direzione affinché i pochi studi ad oggi disponibili non diventino sinonimo di minore efficacia rispetto ad altri trattamenti ritenuti "brevi". Al contrario, ci auguriamo che le esigenze delle moderne politiche socio-sanitarie improntate al

*managed care* spingano il ricercatore e il clinico alla reciproca collaborazione al fine di costruire disegni di ricerca sempre più adeguati alla complessità dell'oggetto di indagine.

Rispetto all'indagine che riguarda il rapporto tra le variabili di esito e di processo, attendiamo i risultati successivi, relativi a un anno di terapia, per appurare, mediante analisi statistica, se l'esito sintomatologico sia maggiormente associato all'alleanza di gruppo, alla coesione di gruppo o ad altre variabili che caratterizzano la persona del terapeuta.

### Riferimenti bibliografici

**Budman, S.H., Demby, A., Feldstein, M., Redondo, J., Scherz, B., Bennett, M.J., Koppenaal, G., Daley, B.S., Hunter, M., & Ellis, J.** (1987). Preliminary findings on a new instrument to measure cohesion in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 37, 75-94.

**Burlingame, G.M., Fuhriman, A., & Mosier, J.** (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3-12.

**Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R., & Strauss, B.** (2000). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In Lambert, M. (a cura di), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5<sup>th</sup> ed.) (pp.648-696). New York: John Wiley & Sons.

**Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R., & Strauss, B.** (2001). Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung. I. Allgemeine Effekte von Gruppenpsychotherapien und Effekte störungsspezifischer

Gruppenbehandlungen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 37, 299-318.

**Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R., & Strauss, B.** (2001). Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung. II. Effekte von Gruppenbehandlungen als Bestandteil komplexer Behandlungsangebote. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 38, 1-28.

**Carli, R., Paniccia, R.M., Bonavita V., Terenzi, V. & Giovagnoli F.** (2009). Decostruire e riorganizzare il costrutto di Alleanza Terapeutica. *Rivista Di Psicologia Clinica*, 1, 36-49.

From [http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1\\_09/Carli\\_Paniccia\\_Bonavita\\_Terenzi\\_Giovagnoli.htm](http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_09/Carli_Paniccia_Bonavita_Terenzi_Giovagnoli.htm)

**Colijn, S., Hoencamp, E., Snijders, H.J.A., Van der Spek, M.W.A., & Duivenvoorden, H.J.** (1991), A comparison of curative factors in different types of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(3), 365-377.

**Costantini, A.** (2000). *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato: Basi teoriche ed efficacia clinica*. Milano: McGraw-Hill.

**Crouch, E., Bloch, S., & Wanlass, J.** (1994). Therapeutic factors: Interpersonal and intrapersonal mechanisms". In Fuhriman, A., & Burlingame, G. (a cura di), *Handbook of Group Psychotherapy* (pp.269-315). New York: John Wiley & Sons.

**Derogatis, L.R.** (1983), SCL-90-R administration, scoring and procedures manual-II. *Clinical Psychometric Research*, Towson, MD.

**Fava, E., & Masserini, C.** (2002). *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Milano: Franco Angeli.

**Fossati, A., Feeney, J.A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Acquarini, E., & Maffei, C.** (2003). On the Dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian

Clinical and Nonclinical Participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(1), 55-79.

**Hartmann, J.** (1981). Group cohesion and the regulation of self-esteem. In H. Kellerman, *Group Cohesion: Theoretical and Clinical Perspectives* (pp.255-267). New York: Grune and Stratton.

**Horvath, A.O., & Bedi, R.P.** (2002). The alliance. In Norcross, J. (Eds), *Psychotherapy Relations That Work*. Oxford: Oxford University Press.

**Gaston, L.** (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scale-Patient Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 68-74.

**Gaston, L., & Marmar, C.** (1994), The California Psychotherapy Alliance Scale. In Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (a cura di), *The Working Alliance: Theory, Research and Practice* (pp.85-108). New York: John Wiley & Sons.

**Greenson, R.R.** (1967), *Tecnica e pratica psicoanalitica*. Tr. it. Feltrinelli: Milano 1974.

**Gullo, S., & Lo Verso, G.** (2008), La ricerca in psicoterapia di gruppo in Italia. In Lo Coco, G., Prestano, C., & Lo Verso, G. (a cura di), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo* (pp. 117-136). Milano: Raffaello Cortina.

**Jacobson, N. S., & Truax, P.** (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

**Joyce, A.S., Joyce, W.E., & Ogrodniczuk, J.S.** (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-

term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 269-296.

**Kipnes, D.R., Piper, W.E., & Joyce, A.S.** (2002). Cohesion and outcome in short-term psychodynamic groups for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 483-509.

**Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V.J., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G., et al.** (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 106-116.

**Lenzo V., Gargano M.T., Salanito V., Camizzi S., & Lo Verso G.**, "Efficacia clinica di un gruppo a termine per giovani adulti. il ruolo dell'alleanza e della coesione". In Book of abstracts. XII Congresso Nazionale AIP (Associazione Italiana di Psicologia), della Sezione di Psicologia Clinica e dinamica, Chieti, 18-20 Settembre 2009).

**Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R.** (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 45-53.

**Lo Coco, G., Prestano, C., Gullo, S., Di Stefano, G., & Lambert, M. J.** (2006). Un primo studio sulla validazione italiana dell'Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *Ricerca in psicoterapia*, 9, 1, 7-19.

**Lo Coco, Prestano, & Lo Verso** (2008) (a cura di). *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.

**Lo Verso, G.** (1994). *Le relazioni soggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.

**Lorentzen, S.** (2006). Contemporary Challenges for Research in Group Analysis. *Group Analysis*, 39(3), 321-340.

**MacKenzie, K.R.** (1997), *Psicoterapia breve di gruppo. Applicazioni efficaci "a tempo limitato"*. Tr. it. Erickson, Trento 2002.

**Marmar, C.R., Horowitz, M.J., Weiss, D.S., & Marziali, E.** (1986), The development of the Therapeutic Alliance Rating System. In Greenberg, L.S., Pinsof, W.M. (a cura di), *The Psychotherapy Process: A Research Handbook*. New York: Guilford Press.

**Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Gaston, L.** (1989), Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 46-52.

**Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K.** (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

**Nathan, P.E., & Gorman, J.M.** (1998) (Eds). *Treatments That Work*. New York: Oxford University Press.

**Parson, E.R.**(1985). Post-traumatic accelerated cohesion: Its recognition and management in group treatment of Vietnam veterans. *Group*, 9, 10-23.

**Pines, M.** (1985). Psychic development and the group analytic situation. *Group*, 9, 24-37.

**Piper, W.E.** (2008). Underutilization of short-term group therapy: Enigmatic or understandable?. *Psychotherapy Research*, 18(2), 127-138.

**Piper, W.E., Jones, B.D., Lacroix, R., Marrache, M., & Richardson,** (1984). Pregroup interactions and bonding in small groups. *Small Group Behavior*, 15, 51-62.

**Piper, W.E., Marrache, M., Lacroix, R., Richardson, A.M., & Jones, B.D.** (1983). Cohesion as a basic bond in groups. *Human Relations*, 36, 93-108.

**Pontalti C.** (2002), *Persone e gruppi: il lavoro ambulatoriale nella psichiatria pubblica*, in *Gruppi 2*, pp.31-49.

**Prestano, C., & Lo Coco, G.** (2008). *La terapia di gruppo per pazienti con disturbi alimentari*. In Lo Coco, Prestano, & Lo Verso (a cura di), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo* (pp.139-154). Milano: Raffaello Cortina.

**Schmitz, N, Hartkamp, N, Kiuse, J, Franke, G.H., Reister, G., & Tress, W.** (2000) *The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): a German validation study*. *Quality of Life Research*, 9, 185–193.

**Strauss, B., Burlingame, G.M., & Bormann, B.** (2008). *Ricerca sul processo della terapia di gruppo*. In Lo Coco, G., Prestano, C., Lo Verso, G. (a cura di), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo* (pp.69-90). Milano: Raffaello Cortina.

**Tschuschke, V., Anbeh, T., & Kiencke, P.** (2007). *Evaluation of Long-term Analytic Outpatient Group Therapies*. *Group Analysis*, 40(1), 140-159.

**Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V.** (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.