

LA TERAPIA DI GRUPPO.

EFFICACIA CLINICA E UTILITÀ SOCIALE

Parole chiave

VALUTAZIONE

TERAPIE PSICODINAMICHE DI GRUPPO

INTEGRAZIONE CLINICA-RICERCA

Coordinatore Scientifico

GIANNONE FRANCESCA

Professore Associato confermato Università degli Studi di PALERMO

Facoltà di SCIENZE della FORMAZIONE Dipartimento di PSICOLOGIA

091 23897717 frgiann@unipa.it

Elenco delle Unità operative

- I) *GIANNONE Francesca Professore Associato confermato Università degli Studi di PALERMO*
- II) *VIZZIELLO Grazia Maria Professore Ordinario Università degli Studi di PADOVA*
- III) *GASSEAU Maurizio Professore Associato non confermato Università della VALLE D'AOSTA*
- IV) *IACOLINO Calogero Ricercatore confermato Libera Univ. degli Studi "Maria SS.Assunta" - LUMSA - Roma*
- V) *FORMICA Ivan Ricercatore non confermato Università degli Studi di MESSINA*

Abstract del Progetto di Ricerca

Numerosi studi metanalitici dimostrano l'efficacia e l'effectiveness delle terapie psicodinamiche individuali a breve e a lungo termine, ma ancora pochi sono gli studi sulle terapie psicodinamiche di gruppo (Burlingame, Mackenzie, Strauss, 2004; Barlow, 2008).

Lo sforzo dei ricercatori negli ultimi anni è stato rivolto ad approfondire le condizioni di efficacia dei gruppi, specificando quali pazienti ottengono esiti positivi, in quali condizioni questi si verificano, in che tempi, quali variabili di processo sono maggiormente correlate all'esito e in quali setting. Il progetto, in stretta integrazione tra clinici, impegnati nella effettiva esperienza di cura dei pazienti e ricercatori, interessati ad offrire utili e scientificamente fondati strumenti di comprensione del lavoro terapeutico, vuole dare un contributo alla valutazione empirica del funzionamento dei gruppi terapeutici psicodinamici.

Obiettivo è la valutazione dell'efficacia clinica (effectiveness) dei gruppi psicodinamici, per aumentare la ricaduta clinica della ricerca empirica sulla psicoterapia. Si propone un progetto di ricerca "complesso", che

focalizza differenti aspetti del lavoro terapeutico (caratteristiche dei pazienti prima della terapia, esiti, relazione processo-esito, specifici aspetti del processo terapeutico ritenuti capaci di moderare il cambiamento)(Giannone, Lo Verso, 1998; Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004; Lo Coco, Giannone, Lo Verso, 2006).

I differenti aspetti saranno valutati in una logica multidimensionale, che prevede la misurazione del cambiamento non di una singola dimensione, ma di un quadro articolato di funzionamento, relativamente agli esiti (aspetti sintomatologici, relazionali, personologici, di funzionamento psicologico, etc. dei pazienti), e relativamente al processo (coesione di gruppo, clima di gruppo, alleanza terapeutica, fattori terapeutici, impatto della seduta, variazioni di setting, drop-out)

L'efficacia delle terapie sarà valutata in una prospettiva longitudinale, in format di gruppo diversi (gruppi analitici verbali, gruppi di psicodramma e gruppi psicodinamici con bambini) e sarà operato un confronto tra gruppi. Il progetto si articola nell'arco di 2 anni: quattro unità di ricerca lavoreranno sui dati raccolti in 10 gruppi psicoterapeutici per adulti (5 gruppoanalitici e 5 di psicodramma), condotti in vari centri del territorio nazionale da clinici di lunga esperienza. Una quinta unità si occuperà di 5 gruppi rivolti a bambini in età scolare, con modello psicodinamico.

Le unità, adottando lo stesso impianto metodologico e condividendo gli strumenti, collaboreranno attraverso il continuo aggiornamento e la messa in rete dei protocolli raccolti.

Strumenti:

STRUMENTI ESITO SELF-REPORT (SOMMINISTRATI AI PAZIENTI)

SCL-90 (Symptom Check List; Derogatis, 1983) (aspetti sintomatologici); OQ-45 (Outcome Questionnaire 45.2; Lambert, Burlingame, 1996; Lo Coco, Prestano, Gullo, Di Stefano, Lambert, 2006) (livello di salute mentale); IIP-32 (Inventory of Interpersonal Problems; Horowitz, Rosenberg, Baer, 1988) (problemi relazionali);

MCMI-III (Million Clinical Multiaxial Inventory-III; Millon T, 1997, Zennaro, A., Ferracuti, S., Lang, M., & Sanavio E. 2008) (stili di personalità); R-SES (Rosemberg Self-Esteem Scale, Rosenberg, 1965) (livello di autostima);

SCALE ESITO VALUTATE DAL CLINICO

QCP (Questionario sulle Credenze Patogene; Lingardi, V., Gazzillo, F., 2007); QPC (Questionario sulle tensioni/preoccupazioni centrali; Lingardi, V., Gazzillo F., 2007); AREQ (Questionario sulle regolazione emotiva; Lingardi, V., Gazzillo F., 2007);

STRUMENTI DI PROCESSO

CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scale; Gaston e Marmar, 1993); CGQ (Group Climate Questionnaire - short form; MacKenzie, Livesley, 1983); GMLCS (Group/Member/Leader Cohesion Scale; Piper, Marrache, Lacroix, Richardson, Jones, 1983); SIS (Session Impacts Scale ; Elliott R., Wexler M., 1994); SEQ (Session Evaluation Questionnaire; Stiles Gordon, Lani, 2002);TGIF (Therapeutic Interaction Group Factor Scale; Hastings-Vertino, Getty, Wooldridge, 1996).

Nei gruppi con bambini sono previsti: colloqui diagnostici con i genitori e con il bambino, insieme e separati, una batteria di test e re-test da applicare al bambino che permetta di avere un quadro chiaro della

situazione , dal punto di vista diagnostico , dei vissuti rispetto al proprio sé corporeo , del suo mondo interno e relazionale, una symptom check list per i genitori prima dell'inizio del trattamento e qualche mese dopo la sua fine .

I genitori saranno sottoposti ad una AAI, ugualmente utilizziamo per tutta la famiglia LTP , che verrà ripetuto dopo la fine del trattamento per avere a disposizione i dati più importanti relativi al cambiamento delle relazioni famigliari. Ugualmente sono previsti per i terapeuti valutazioni sui processi e sugli effetti del trattamento. Tutti questi dati verranno messi a confronto con i dati che l'utilizzo del TCM metterà a disposizione sul processo.

Obiettivi finali che il Progetto si propone di raggiungere

Il progetto, pensato nella prospettiva di una stretta integrazione tra il lavoro dei clinici, impegnati nella effettiva esperienza di cura dei pazienti ed i ricercatori, interessati ad offrire utili e scientificamente fondati strumenti di comprensione del lavoro terapeutico, si propone di contribuire ad un avanzamento delle conoscenze sulle modalità di funzionamento delle terapie psicomodinamiche di gruppo, in una dimensione di sviluppo di una rete nazionale fortemente interconnessa.

OBIETTIVI GENERALI

In particolare, obiettivi generali del progetto di ricerca sono:

- dare un contributo alla comprensione e all'approfondimento empirico del funzionamento dei gruppi terapeutici psicomodinamici, una tra le più diffuse forme di cura utilizzate in Italia e in Europa, in costante aumento anche all'interno dei servizi pubblici, in virtù del favorevole rapporto costi-benefici che dal punto di vista clinico essa è in grado di produrre, e che risulta essere quasi totalmente assente nel panorama della ricerca empirica sistematica (Costantini, 2000; Lorentzen, 2006; Lo Coco, Prestano, Lo Verso, 2008; Barlow, 2008; Giordano, Lo Verso, 2010).

- Lavorare alla valutazione dell'efficacia clinica (effectiveness) dei gruppi psicomodinamici, promuovendo lo studio di trattamenti terapeutici routinari, cioè quelli che i pazienti normalmente ricevono quando decidono di intraprendere un percorso di cura. Ciò allo scopo di aumentare la ricaduta clinica della ricerca empirica sulla psicoterapia, che nelle impostazioni rigidamente evidence-based, particolarmente nella loro applicazione alle psicoterapie di gruppo psicomodinamiche, risultano scarsamente utili a dare ragione della complessità del lavoro terapeutico (Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004; Burlingame et al., 2008).

- Mettere a punto un progetto di ricerca "complesso", che affronti lo studio del lavoro terapeutico focalizzando differenti aspetti del suo funzionamento: dalle caratteristiche dei pazienti prima della terapia, a specifici aspetti del processo terapeutico ritenuti capaci di moderare il cambiamento, agli esiti del lavoro terapeutico nei pazienti, alla relazione processo-esito, così come si configura nello svolgersi della terapia (Giannone, Lo Verso, 1998; Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004; Lo Coco, Giannone, Lo Verso, 2006).

- Esplorare i differenti aspetti del lavoro terapeutico individuati, secondo una logica multidimensionale, che prevede la misurazione del cambiamento non di una singola dimensione, ma di un quadro articolato di funzionamento, sia relativamente agli esiti della terapia (aspetti sintomatologici, relazionali, personologici, di funzionamento psicologico, etc. dei pazienti), sia relativamente al processo (coesione di gruppo, clima di gruppo, alleanza terapeutica, fattori terapeutici, impatto della seduta, variazioni di setting, drop-out).

- Monitorare i percorsi terapeutici nel tempo, in una dimensione d'indagine longitudinale, attraverso una valutazione non solo in termini di rilevazione puntuale (pre-post) ma anche in termini di cambiamento nel corso del trattamento.

- Valutare l'efficacia delle terapie di gruppo psicodinamiche in format di gruppo diversi (gruppi analitici verbali, gruppi di psicodramma e gruppi psicodinamici con bambini).

- Operare un confronto tra gruppi che utilizzano prevalentemente il canale comunicativo verbale (gruppi gruppo analitici - Gruppi V) e gruppi che utilizzano prevalentemente il canale non verbale (gruppi di psicodramma - Gruppi PD).

OBIETTIVI SPECIFICI

Più dettagliatamente, in riferimento alle unità operative coinvolte nella ricerca, il progetto è volto a raggiungere i seguenti obiettivi:

Relativamente allo studio dell'ESITO

1. indicare la percentuale di esiti positivi, negativi, e non cambiamenti, nei diversi trattamenti di gruppo considerati (V e PD);
2. indicare su quali aspetti dell'esito (sintomatologia, relazionalità, autostima, etc.) la terapia di gruppo produce maggiori cambiamenti;
3. indicare in quali aspetti dell'esito i cambiamenti prodotti dalla terapia di gruppo si verificano più rapidamente;
4. indicare quali caratteristiche iniziali (pre-gruppo) dei pazienti sono associate al buon esito della terapia;
5. verificare se esistono associazioni stabili e specifiche tra la valutazione dell'esito operata dai clinici e quella riportata dai pazienti;
6. verificare l'esistenza di differenze stabili e specifiche tra i gruppi rispetto ai punti di cui sopra.

Relativamente allo studio del PROCESSO

1. valutare la qualità delle variabili di processo quali la coesione di gruppo, il clima di gruppo, l'alleanza terapeutica, i fattori terapeutici, l'impatto della seduta
(gruppi V e PD);
2. valutare l'evoluzione nel corso del trattamento dei diversi aspetti del processo;
3. valutare quali caratteristiche iniziali (pre-gruppo) dei pazienti sono associate ad una buona qualità del processo terapeutico;
4. valutare se esistono associazioni stabili e specifiche tra i diversi aspetti del processo;
5. valutare l'esistenza di differenze stabili e specifiche tra i gruppi di tipo verbale e di tipo psicodrammatico rispetto ai punti di cui sopra.

Relativamente allo studio delle RELAZIONI ESITO-PROCESSO:

- 1. valutare la relazione tra alleanza ed esiti, sul piano sintomatologico, ad un livello interpersonale e rispetto alla struttura di personalità (gruppi V e PD);*
- 2. valutare la relazione tra coesione ed esiti, sul piano sintomatologico, ad un livello interpersonale e rispetto alla struttura di personalità;*
- 3. valutare la relazione tra clima ed esiti, sul piano sintomatologico, ad un livello interpersonale e rispetto alla struttura di personalità;*
- 4. valutare la relazione tra altri fattori terapeutici ed esiti, sul piano sintomatologico, ad un livello interpersonale e rispetto alla struttura di personalità;*
- 5. confrontare la relazione esito-processo nei due format di gruppo psicodinamici osservati (V e PD)*

Relativamente allo studio delle VARIAZIONI NEL SETTING:

- 1. individuare con quale percentuale si verificano drop-out nei due tipi di gruppo (V e PD) e verificare l'esistenza di differenze tra i due format;*
- 2. individuare quali caratteristiche dei pazienti (rilevate prima dell'inizio della terapia di gruppo) risultano associate al drop-out nei gruppi;*
- 3. verificare differenze rispetto al punto precedente tra i due format di gruppo (V e PD);*
- 4. individuare quali dei cambiamenti di esito che si verificano nel corso del trattamento di gruppo rappresentano indicatori di un possibile successivo drop-out;*
- 5. verificare se bassi livelli nelle variabili di processo (alleanza, coesione, fattori di gruppo, etc.) risultano specificamente e stabilmente associati al drop-out;*
- 6. valutare le differenze che si verificano nel processo a seguito di un drop-out o di un nuovo inserimento in gruppo.*

Relativamente allo studio dei GRUPPI DI BAMBINI:

- 1. indicare la percentuale con cui si verificano esiti positivi, negativi, e non cambiamenti nei trattamenti di gruppo in età evolutiva;*
- 2. indicare su quali aspetti dell'esito (sintomatologia, modalità di separazione-individuazione e autostima) la terapia di gruppo produce cambiamenti;*
- 3. indicare quali caratteristiche iniziali (pre-gruppo) dei pazienti sono associate al buon esito della terapia;*
- 4. individuare fattori di protezione e di rischio associati al quadro clinico che possono indurre al cambiamento ed in particolare le relazioni del bambino in famiglia, nel gruppo dei pari, e con gli insegnanti;*
- 5. osservare l'effetto dell'intervento effettuato a latere con i familiari, nel cambiamento del bambino;*
- 6. valutare il processo applicando il modello del ciclo terapeutico di Mergenthaler, adattato per i gruppi in latenza.*

Stato dell'arte

Numerosi studi metanalitici dimostrano l'efficacia e l'effectiveness delle terapie psicodinamiche individuali a breve (Leichsenring, Rabung, Leibing, 2004; Abbass, Kisely, Kroenke, 2009; Messer, Abbas, 2010; Shedler, 2010) e a lungo termine (Leichsenring, Rabung, 2008; Maat et al., 2009; Bateman, Fonagy, 2008; Shedler, 2010). Essi mostrano anche che i benefici dei trattamenti psicodinamici tendono a aumentare nel tempo (follow-up a 9, 13, 18, 23, 60 mesi dopo la fine della terapia) e attengono non solo al miglioramento del quadro sintomatologico generale ma anche al funzionamento della personalità (Shedler, 2010). Se esiste un'ampia evidenza empirica dell'efficacia delle terapie psicodinamiche ancora pochi sono gli studi sulle terapie psicodinamiche di gruppo (Burlingame, Mackenzie, Strauss, 2004; Barlow, 2008).

A fronte del crescente interesse verso le potenzialità del dispositivo gruppale, si registra un ritardo della ricerca empirica nella capacità di affrontare la complessità che caratterizza la psicoterapia di gruppo. Da ciò un progressivo distacco tra le produzioni della ricerca empirica e la letteratura teorico-concettuale. Una recente review sui gruppi psicodinamici (Barlow, 2008) ha individuato 170 lavori di ricerca pubblicati negli ultimi trentacinque anni, ma solo 42 sono stati raggruppati nella categoria "quasi-sperimentali"; gli altri sono stati categorizzati come "articoli teorici/rassegne", "descrizione di casi clinici" e "ricerca qualitativa". Lo sforzo dei ricercatori negli ultimi anni è stato rivolto ad approfondire le condizioni di efficacia dei gruppi, specificando quali pazienti ottengono esiti positivi, in quali condizioni questi si verificano, in che tempi, quali variabili di processo sono maggiormente correlate all'esito e in quali setting.

Analizzando più in dettaglio la letteratura, il quadro degli studi sulla valutazione del funzionamento delle terapie di gruppo, delinea alcune grandi aree di focalizzazione degli interessi: studi sull'esito, sul processo, sulla relazione esito-processo. Studi vengono effettuati, inoltre, per diverse categorie di pazienti (gruppi monosintomatici, per giovani-adulti, per bambini...) e, recentemente, su una varietà di temi di interesse clinico (diversi format di gruppo, fattori terapeutici, drop-out...) (Burlingame, Mackenzie, Strauss, 2004; Burlingame et al., 2008).

Sull'ESITO, anche la psicoterapia di gruppo è stata attraversata dal dibattito scientifico sulla metodologia più idonea a valutare l'efficacia del trattamento. Lo studio sull'efficacia si propone di verificare se effettivamente la psicoterapia e non altri fattori extraterapeutici, sia responsabile di un miglioramento del paziente (Haaga, Stiles, 2000). Si distinguono due ampi ambiti: l'efficacy research e l'effectiveness research. Il primo si caratterizza per studi ben controllati in laboratorio, il secondo per studi che privilegiano il fatto che il trattamento venga condotto in un contesto clinico, meno controllato del laboratorio ma più valido dal punto di vista ecologico (Lingiardi, 2006).

Gli studi sull'efficacy research pongono problemi sia di ordine epistemologico che rispetto alla generalizzabilità dei risultati. Infatti prevedono una serie di vincoli quali la valutazione di trattamenti brevi e manualizzati, per campioni omogenei di soggetti, a cui sono stati diagnosticati, secondo manuali diagnostici accettati dalla comunità internazionale, specifici e "netti" disturbi. Tali studi non prevedono l'inclusione nella ricerca di soggetti con comorbidità tra i disturbi di Asse I e Asse II e ignorano i cambiamenti che si realizzano nei disturbi diversi da quello target (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006).

Ragioni di natura sia epistemologica che clinica portano oggi a ritenere più utile valutare i risultati ottenuti dai pazienti in trattamenti di gruppo routinari, puntando alla validità esterna dei risultati ottenuti, piuttosto che alle "garanzie" degli RCT. Questa logica valuta l'esito dei trattamenti non (o non solo) in termini di media del gruppo, ma con un'approfondita analisi del cambiamento dei singoli pazienti (condotta sia

attraverso una valutazione statistica dell'entità del cambiamento, sia attraverso una valutazione clinica che rapporta lo stato di salute del paziente a quello della popolazione normale e/o patologica).

Negli ultimi anni, diversi ricercatori hanno puntato ad approfondire lo studio sull'esito delle terapie gruppali, specificando a quali pazienti si riferiscono, in quali condizioni, in quanto tempo si ottengono, ecc. (Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004).

Finora sono stati raccolti risultati sull'efficacia dei gruppi soprattutto in relazione al tipo di disturbo del paziente: miglioramenti si producono nei trattamenti per disturbi da sostanze, in quelli che elaborano esperienze, patologie mediche, per disturbi bipolari e di personalità (Burlingame et al., 2008). Inoltre, mentre per le terapie individuali esiste un ampio corpo di studi che analizza il cambiamento longitudinale dei pazienti, esistono ancora pochissimi studi che indagano questo in modo sistematico per i pazienti trattati in gruppo.

Per gli studi sul PROCESSO, che si focalizzano sullo studio del sistema gruppo nella sua interezza e dei cambiamenti che avvengono nel suo sviluppo, delle interazioni tra i sottosistemi del terapeuta e dei pazienti, tra paziente e paziente (coppia o sottogruppo), terapeuta e terapeuta se ci sono co-conduttori, e il modo in cui ognuno di questi sistemi interagisce ed è influenzato dal gruppo stesso (Beck, Lewis, 2000; Lo Coco, Giannone, Lo Verso, 2006; Lo Coco, Prestano, Lo Verso, 2008),

numerosi sono i problemi sottesi a tale complessità.

Come denunciano alcuni dei più accreditati ricercatori in psicoterapia di gruppo (Strauss, Burlingame, Bormann, 2008), il problema concerne la mancanza di chiarezza concettuale sui costrutti principali della relazione terapeutica in gruppo (coesione, clima di gruppo, alleanza...), le variabili di processo più studiate e la cui osservazione fornisce importanti dati su "come" vengono svolti i trattamenti e su "cosa" consente il cambiamento dei singoli membri.

La coesione attiene al senso di appartenenza, fiducia, sicurezza sperimentate dai pazienti di un gruppo ed indica l'insieme di forze che tengono insieme il gruppo; ai legami tra i membri del gruppo, tra i membri e il terapeuta e con il gruppo nel suo insieme (Mc Callum, Piper, Ogradniczuk, Joyce, 2002). Essa è uno dei fattori terapeutici di gruppo (Yalom, 1995) più studiati di cui si riconosce l'importanza clinica. Ad es. uno studio ha mostrato (Roark, Sarah, 1989) che empatia, auto-svelamento, accettazione, fiducia, sono significativamente correlate alla coesione di gruppo (Strauss, Burlingame, Bormann, 2008) e che questa è correlata all'alleanza terapeutica (Budman et al, 1989; Gillaspay et al, 2002; Marziali et al., 1997).

L'alleanza terapeutica, una delle variabili maggiormente predittive di esito positivo, indipendentemente dai modelli teorici del terapeuta (Horvath, 1994; Martin, Garske, Davis, 2000), è stata molto studiata negli ultimi dieci anni, ma in minor misura rispetto alle terapie duali e spesso trascurando le alleanze incrociate che si verificano in gruppo e che sono parte integrante del processo di cura.

Alcuni studi mostrano che l'alleanza esercita un'influenza sul processo ma non direttamente: funge da fattore di protezione contro l'evitamento del paziente dinanzi ad una situazione nuova e potenzialmente di paura in terapia di gruppo (Schreiber, 1987; Strauss, Burlingame, Bormann, 2008).

Il clima di gruppo è un costrutto che descrive il coinvolgimento nel lavoro e l'evitamento dell'assunzione di responsabilità. Lo strumento più utilizzato per valutare il clima di gruppo è il GCQ di MacKenzie (1989) che prevede anche una scala relativa alla conflittualità. Alcuni studi hanno mostrato che un basso livello di conflittualità è associato ad un esito positivo della terapia (Castonguay et al., 1998; Kivlighan, Lilly, 1997;

Ogrodniczuk , Piper 2003). La ricerca indica anche che gruppi con un clima positivo riportano altri processi di gruppo favorevoli (quali auto-svelamento e attivazione di altri processi utili al lavoro).

La letteratura sui fattori terapeutici si è sviluppata particolarmente negli ultimi 15 anni. Le misure di processo più comunemente utilizzate sono state variazioni dello strumento per i Fattori Terapeutici di Yalom (1995). Gli sviluppi più interessanti riguardano misurazioni sequenziali dei fattori terapeutici e possibili covariazioni con dimensioni ad essi sottostanti (Kivlinghan, 1996; Hurley, 1997;). Sono stati realizzati anche promettenti sviluppi psicometrici (Hastings-Vertino, Getty, Wooldridge, 1996; MacNair-Semands e Lese, 2000) forieri di una migliore comprensione dei meccanismi di cambiamento (Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004).

Negli studi sulla relazione ESITO-PROCESSO, I risultati empirici suggeriscono che un'influenza sia positiva che negativa sul cambiamento individuale di un membro del gruppo viene causata dal setting interpersonale e dallo scambio tra suoi membri (Strauss, Burlingame, Bormann, 2008). Tuttavia, la letteratura ha finora analizzato solo parzialmente le relazioni presenti all'interno dei gruppi, focalizzandosi su singoli aspetti e trascurandone altri. Una review ha mostrato (Burlingame, Fuhriman & Johnson, 2002) come i due terzi della letteratura si concentrino esclusivamente sullo studio della relazione tra i singoli membri e il gruppo nel suo insieme.

Oggi sappiamo che la capacità del paziente di relazionarsi con gli altri contribuirà a determinare la qualità dell'impegno nel processo terapeutico e nel risultato della terapia (Ogrodniczuk et al., 2010; Joyce et al., 2010); che l'alleanza terapeutica è una delle variabili maggiormente predittive di esito positivo del trattamento, indipendentemente dal modello teorico del terapeuta (Horvath, 1994; Martin, Garske, Davis, 2000) e che contribuisce all'aumento dell'autostima dei membri, a supportare i pazienti fragili, a motivare i pazienti del gruppo riluttanti a impegnarsi nel lavoro terapeutico (Johnson et al, 2008; Glatzer, 1990; Strauss, Burlingame, Bormann, 2008); che c'è ancora poca chiarezza sugli effetti del clima evitante sugli esiti della terapia (Johnson et al 2008); che sebbene nella comunità scientifica ci siano delle difficoltà a definire unitariamente il costrutto della coesione di gruppo, la coesione sembra correlare positivamente con la riduzione sintomatologica e il raggiungimento degli obiettivi (Johnson et al.; Marziali et al., 1997; Strauss, Burgmeier-Lohse, 1994; Strauss, Burlingame, Bormann, 2008).

Negli studi sul DROP-OUT, particolarmente importanti in psicoterapia di gruppo a causa dell'elevato numero di abbandoni in questi trattamenti nella fase iniziale, si sa ancora molto poco su quali pazienti siano a rischio di interruzione. Alcune indicazioni sono relative a pazienti con gravi disturbi narcisistici di personalità che hanno difficoltà ad immaginare di poter condividere qualcosa con altri e che rappresentano una grande parte di casi di drop out in gruppo. La letteratura empirica e clinica indica comunque che la motivazione principale più spesso riportata dai membri che abbandonano prematuramente è che essi si mostrano insoddisfatti del loro progresso personale. Alcuni studi invece evidenziano che spesso pazienti non accuratamente selezionati prima dell'ingresso in gruppo, possono presentare gravi difficoltà ad adattarsi al nuovo setting, con un elevato rischio di un drop-out precoce. Bednar e Kaul (1994) sostengono che il training pre-gruppo può essere uno dei più potenti fattori coinvolti nel creare terapie di gruppo benefiche, ciò nonostante spesso le prime fasi di lavoro attivano un senso di insicurezza ed inadeguatezza. Su questo aspetto, le indicazioni della ricerca sembrano suggerire che la composizione di gruppi omogenei può essere ritenuta una componente strutturale importante nel senso di aumentare il senso di coesione nel gruppo.

Vi è scarsa conoscenza anche sui fattori terapeutici che possono influenzare il drop out e il fallimento della terapia di gruppo. Gli unici risultati riguardano la coesione, il clima di gruppo, l'alleanza terapeutica e

l'empatia, generalmente associate ad esiti positivi e minori tassi di drop-out (Burlingame, Fuhriman, Johnson, 2002).

Ancora minori sono le conoscenze relative all'ingresso di nuovi pazienti in gruppo. Esiste un'ampia letteratura clinica e teorica sull'importanza di tali variazioni, sia rispetto ai cambiamenti che essi generano nel processo terapeutico, sia rispetto alle ricadute che possono avere sugli altri pazienti del gruppo e sugli stessi pazienti che entrano. Tuttavia, pochi studi empirici hanno finora confermato o smentito tali teorie, né esistono studi che indagano sistematicamente gli ingressi e le uscite del gruppo in connessione al tipo di pazienti, al tempo di permanenza degli altri membri, alla tipologia del gruppo (chiuso vs aperto) etc.

Allo stato attuale i risultati finora emersi sostengono che la media di drop out è più bassa in terapia individuale (15,3%) che nel trattamento gruppale (29,3%) (Garner, Fairburn, e Davis, 1987; Burlingame et al, 2008). Studi condotti su gruppi di pazienti bulimiche mostrano risultati simili, con livelli di drop out (dal 5% al 40%) maggiori nella terapia di gruppo rispetto a quella individuale.

Negli studi effettuati su diversi FORMAT di gruppo e per SPECIFICHE CATEGORIE di PAZIENTI, una parte rilevante delle terapie psicodinamiche di gruppo diffuse ampiamente nei contesti europei, che utilizzano specifici format di intervento, risulta totalmente assente dal panorama della letteratura di ricerca empirica sistematica (Lo Coco, Prestano, Lo Verso, 2008).

Ad esempio alla ricchezza di produzione riguardo all'efficacia e al processo delle terapie di gruppo con gli adulti (Dazzi N. et coll., 2006), non corrisponde un uguale interesse per quelle dei bambini, probabilmente considerati meno pericolosi socialmente e gestiti prioritariamente in famiglia e a scuola.

La letteratura fornisce prevalentemente informazioni rispetto al tipo di partecipanti, al numero di partecipanti, al setting di gruppo ed alle attività (Vanni F., Sacchi M., 1992) che vi vengono svolte, al cambiamento delle tecniche e strategie a seconda della gravità e della sintomatologia, al tipo di conduzione necessaria (Lapierre A., 2001), al materiale, al quadro di vita (Schamess E., 1986, Miglietta D., 2007, Acountier B., 2005), alle indicazioni e controindicazioni, alle necessità di terapie individuali e gruppali e/o familiari per uno stesso bambino, accompagnate o meno da consulenza alla scuola (Disnan G. , Fava Vizziello G. 2009) ma ancora molto lavoro è da svolgere nel campo della valutazione dell'outcome e del processo delle psicoterapie con bambini. Lo sforzo dei ricercatori in questi ultimi anni è stato rivolto ad approfondire i risultati della ricerca su questo format di gruppo, specificando a quali pazienti si riferiscono, sotto quali condizioni si verificano e in che tempi. Beutler L.E. e Clarkin T.F. (1990) affermano che in età di latenza il gruppo è la modalità di intervento più efficace, e così Kernberg P.F. (1978).

Ancora minori sono, infine, gli studi empirici condotti sui trattamenti di tipo psicodrammatico. Una review del 2006 (Lorentzen, 2006) riporta risultati su questo tipo di trattamenti, rilevando al termine del trattamento miglioramenti in diverse aree del funzionamento psichico e cambiamenti sul piano sintomatologico. Un altro studio esplora la percezione dei classici fattori terapeutici di gruppo all'interno dei gruppi di psicodramma. Tuttavia, al di là di casi isolati, non esiste ancora un corpus di ricerche sufficientemente ampio e sistematico relativo all'esito e al processo di questi gruppi e al confronto con altri tipi di terapie di gruppo.

Articolazione del Progetto e tempi di realizzazione

L'intero progetto di ricerca si articola in un arco temporale di 2 anni, e prevede che la ricerca si sviluppi e articoli attraverso diverse fasi.

I due anni rappresentano un tempo sufficiente per il reperimento del campione, la somministrazione e la raccolta dei dati, per la condivisione protocolli raccolti, e l'elaborazione degli stessi secondo le più recenti indicazioni relative agli indicatori di validità statistica e clinica (Hsu, 2002).

Tali operazioni (di raccolta, condivisione ed elaborazione) procederanno parallelamente nelle diverse unità, con aggiornamenti continui (cadenza mensile) del data base complessivo comune a tutte le unità, in modo da permettere a ciascuna di progredire nel proprio progetto. Contemporaneamente si inizieranno a divulgare alla comunità scientifica nazionale e internazionale i risultati emersi.

Quattro unità lavoreranno sui dati complessivamente raccolti da 10 gruppi psicoterapeutici (5 gruppoanalitici e 5 psicodrammatici) condotti in vari centri del territorio nazionale da clinici di lunga esperienza.

Una quinta unità si occuperà specificamente di raccogliere ed elaborare i dati relativi a 5 gruppi rivolti a bambini in età scolare con modello psicodinamico.

Rispetto ai 10 gruppi: saranno selezionati gruppi che iniziano il percorso terapeutico, di piccola ampiezza (5-8 pazienti), di tipo semi-aperto, (cioè che prevedono la possibilità l'inserimento e l'uscita di soggetti) e a tempo illimitato (non è prevista una durata prefissata per tutti i pazienti). Questa modalità di strutturazione del gruppo risulta quella più diffusa nel panorama clinico italiano ed è anche quella meno studiata. Il campione di soggetti di studio sarà composto da tutti i partecipanti ai gruppi presi in esame, inclusi i nuovi ingressi che si verificheranno nell'arco di 12 mesi. Trattandosi di piccoli gruppi (formati da 5 - 8 soggetti) è previsto un numero di pazienti adulti compreso tra 50 e 100 (divisi tra i due tipi di gruppo V e PD). I soggetti (età compresa tra 18 anni e 65 anni) inclusi avranno diagnosi psicopatologica ricadente nell'area nevrotica o nell'area dei disturbi di personalità.

Rispetto ai 5 gruppi per bambini in età scolare:

I piccoli gruppi, composti da 4 - 6 bambini sono condotti da due terapeuti e da un osservatore (psicologo che registra alle sedute e partecipa alle discussioni dopo il gruppo).). Uno dei gruppi è a conduzione mista con uno psicoterapeuta e uno psicomotricista. I bambini inseriti nei gruppi avranno età compresa tra 7 anni e 11 anni, con diagnosi di disturbo del comportamento, angoscia di separazione e disturbo generalizzato dello sviluppo, eccetto che nel gruppo a conduzione che accoglie anche bambini con patologie motorie e organiche, disturbi del linguaggio e difficoltà di espressione e controllo dell'emotività che hanno maggiormente bisogno di un lavoro a livello corporeo. Le diagnosi sono effettuate, secondo i criteri del ICD-10CM, DMS IV-R, ICF, dai clinici che fanno l'accettazione dei bambini e che ne decidono con la famiglia l'invio al gruppo.

Per salvaguardare la validità clinica della ricerca non verranno adottati altri criteri di inclusione/esclusione. Le diagnosi saranno effettuate, secondo i criteri del DSM-IV R, dai clinici che condurranno i gruppi terapeutici. La valutazione dei pazienti partecipanti ai gruppi verrà condotta anche attraverso la compilazione di alcuni questionari diagnostici. Ogni soggetto partecipante adulto firmerà un modulo per il consenso informato. Per i minori il consenso verrà firmato da un genitore o da chi ne fa le veci.

Il piano ipotetico prevede un timing simile per le cinque unità di ricerca così articolato:

I primi tre mesi del primo anno verranno spesi per l'approfondimento della letteratura internazionale sul tema oggetto di indagine, per il reperimento degli strumenti, per la costruzione di un data base. Dal 3° mese inizierà la rilevazione dei dati provenienti dai gruppi (somministrazione dei protocolli secondo l'articolazione

evidenziata nel disegno della ricerca), raccolta e inserimento dei punteggi nel data base e messa in rete dei dati con le altre unità di ricerca. Particolare attenzione sarà posta alla creazione di un sistema di raccolta dei dati centralizzato, per cui i dati provenienti dalle varie sedi (che monitorano gruppi diversi) verranno collazionati e organizzati all'interno di un data base complessivo mensilmente aggiornato. Tale data base sarà condiviso dalle varie unità e permetterà loro di procedere alle analisi e alle elaborazioni relative agli obiettivi prefissati da ciascuna unità. La raccolta dei dati proseguirà per la durata di 12 mesi. I tre mesi successivi saranno impiegati per il completamento e la revisione dei data base delle singole unità e per il completamento definitivo del data base complessivo comune alle unità. Gli ultimi sei mesi saranno impiegati per l'elaborazione dei risultati secondo opportune strategie di analisi, alla condivisione delle riflessioni, e alla stesura di reports, articoli e comunicazioni nazionali ed internazionali, comprensiva delle riflessioni critiche in senso teorico.

La rilevazione dei dati dei 10 gruppi prevista nel corso dei 12 mesi avverrà utilizzando i seguenti strumenti:

Strumenti di esito Self-report (somministrati ai pazienti)

- ° SCL-90 (Symptom Check List; Derogatis, 1983) (aspetti sintomatologici);
- ° OQ-45 (Outcome Questionnaire 45.2; Lambert, Burlingame, 1996; Lo Coco, Prestano, Gullo, Di Stefano, Lambert, 2006) (livello di salute mentale);
- ° IIP-32 (Inventory of Interpersonal Problems; Horowitz, Rosenberg, Baer, 1988) (problemi relazionali);
- ° MCMI-III (Million Clinical Multiaxial Inventory-III; Millon T, 1997, Zennaro, A., Ferracuti, S., Lang, M., & Sanavio E. 2008) (stili di personalità);
- ° R-SES (Rosemberg Self-Esteem Scale, Rosenberg, 1965) (livello di autostima);

Scale di esito valutate dal clinico

- ° QCP (Questionario sulle Credenze Patogene; Lingardi, V., Gazzillo, F., 2007);
- ° QPC (Questionario sulle tensioni/preoccupazioni centrali; Lingardi, V., Gazzillo F., 2007);
- ° AREQ (Questionario sulle regolazione emotiva; Lingardi, V., Gazzillo F., 2007);

Strumenti Di Processo

- ° CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scale; Gaston e Marmar, 1993) (alleanza terapeutica di gruppo);
- ° CGQ (Group Climate Questionnaire -short form; MacKenzie, Livesley, 1983) (clima di gruppo);
- ° GMLCS: Group/Member/Leader Cohesion Scale (Piper, Marrache, Lacroix, , Richardson, Jones, 1983) (coesione di gruppo);
- ° SIS (Session Impacts Scale ; Elliott R., Wexler M., 1994) (utilità della seduta).

e secondo il seguente schema:

- Esito:

o valutazione iniziale prima dell'inserimento in gruppo (baseline): SCL-90; OQ-45; IIP-32; MCMI III; RSES; QPC; QCP; AREQ.

o monitoraggio del cambiamento dei pazienti nel corso del tempo, attraverso la somministrazione ripetuta di: OQ-45; IIP-32; RSES (ogni tre mesi), SCL-90; MCMI III (ogni sei mesi); QCP; QPC; AREQ (ogni sei mesi).

o valutazione finale dell'esito dei pazienti al momento della conclusione del percorso terapeutico: SCL-90; OQ-45; IIP-32; RSES; MCMI III; QCP; QPC; AREQ.

La valutazione dei clinici avverrà inizialmente sulla base della conoscenza del paziente acquisita dai colloqui preliminari che precedono l'inserimento in gruppo dei pazienti (sia nel caso di gruppi già avviati, sia nel caso di nuovi gruppi). La valutazione successiva, relativa al cambiamento mostrato dai pazienti avverrà sulla base delle conoscenze acquisite attraverso il percorso in gruppo.

- Processo:

o somministrando a partire dalla seconda seduta e successivamente con cadenza mensile: CALPAS; CGQ; GMLCS; SEQ; SIS; TGFI.

La rilevazione dei dati dei 5 gruppi per bambini, prevista nel corso di 15 mesi avverrà utilizzando i seguenti strumenti:

- per quanto riguarda il bambino: colloqui clinici col bambino e con la sua famiglia, test proiettivi, semi-proiettivi e tematici: Rorschach, CAT, SAT, test cognitivi: WISC III e/o Matrici di Raven, percezione del sé: Mirror Interview

- genitore: intervista AAI, parent-report CBCL,

- relativamente alla famiglia: procedura osservativa LTP

- clinician report: AREQ

- una valutazione finale: re-test

- per quanto riguarda il bambino: colloqui clinici col bambino e con la sua famiglia, Rorschach, CAT, SAT, Mirror Interview

- genitore: CBCL

- relativamente alla famiglia: LTP

- clinician report: AREQ

- Valutazione del processo avviene attraverso:

1. l'applicazione del modello TCM alle sedute di terapia di gruppo;

2. la somministrazione del TGIF (Therapeutic Interaction Group Factor Scale; Hastings-Vertino, Getty, Wooldridge, 1996) a partire dalla II seduta, cadenza mensile.

La valutazione del bambino e della famiglia, nel caso il bambino partecipi a due gruppi consecutivi verrà effettuata almeno due mesi dopo la fine del II gruppo. Nel caso in cui il bambino partecipi ad un solo

gruppo, il re-test verrà effettuato almeno quattro mesi dopo la fine dello stesso, per moderare gli effetti relativi al normale sviluppo del bambino.

Le diverse unità di ricerca, adottando lo stesso impianto metodologico e condividendo gli strumenti, collaboreranno attraverso il continuo aggiornamento e la messa in rete dei protocolli raccolti. Tale modalità di lavoro permette di centrare e sviluppare in modo sistematico ed efficace alcuni fondamentali obiettivi posti nella premessa del lavoro: creare un comune background di conoscenza sui trattamenti di gruppo; omogeneizzare il lavoro di ricerca; confrontare modelli diversi di conduzione dei gruppi, analizzare in modo articolato e approfondito i vari aspetti della terapia di gruppo.

Ruolo di ciascuna unità operativa in funzione degli obiettivi previsti e relative modalità di integrazione e collaborazione

Il ruolo di ciascuna Unità di ricerca si articola attraverso lo svolgimento di due compiti principali, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi generali previsti dal programma di ricerca.

Attraverso il primo compito, che riguarda la raccolta dei dati dell'esito e del processo, ciascuna unità contribuirà alla valutazione e al monitoraggio dei trattamenti di gruppo oggetto di studio.

In particolare:

- n. 4 Unità di ricerca raccoglieranno i dati relativi ai n. 10 gruppi (5 verbali e 5 di psicodramma) rivolti ad adulti;

- n. 1 Unità di ricerca si occuperà di raccogliere i dati relativi a n. 5 gruppi rivolti a soggetti in età di latenza.

Attraverso il secondo compito, ciascuna unità contribuirà alla realizzazione del programma complessivo, focalizzando il proprio studio su alcuni aspetti in relazione a degli obiettivi specifici.

In particolare, rispetto allo studio dell'ESITO:

- L'Unità di ricerca sull'esito (Prof. M. Gasseau) si occuperà di valutare l'esito dei pazienti di tutti i 10 gruppi per adulti (5 verbali e 5 di psicodramma), attraverso l'analisi e l'elaborazione dei dati ricavati dal database complessivo della ricerca nazionale; di valutare con quali tempi e rispetto a quali dimensioni psicologiche avvengono i cambiamenti.

- L'Unità sulle variazioni del setting (Prof. C. Iacolino) si occuperà di analizzare l'incidenza dei casi di drop-out nel quadro complessivo degli esiti della terapia.

- L'Unità relativa ai gruppi con bambini (Prof.ssa G. Vizziello) si occuperà di valutare gli esiti e i cambiamenti rilevati relativamente ai gruppi per bambini.

Rispetto allo studio del PROCESSO:

- L'unità sul processo (Prof. I. Formica) si occuperà di valutare l'evoluzione del processo di tutti i 10 gruppi per adulti (5 verbali e 5 di psicodramma), attraverso l'analisi e l'elaborazione dei dati ricavati dal database complessivo della ricerca nazionale; di individuare, attraverso un'analisi fattoriale, delle macro-categorie sul processo a partire dalle singole variabili di processo osservate (clima, coesione, alleanza terapeutica, fattori terapeutici, impatto della seduta)

- L'Unità sulle variazioni setting (Prof. Iacolino), si occuperà di valutare i cambiamenti osservati del processo terapeutico in relazione al verificarsi di drop-out o di nuovi inserimenti nel gruppo.

- L'Unità sui gruppo di bambini (Prof.ssa Vizziello) si occuperà di valutare il processo dei gruppi per bambini.

Rispetto allo studio della relazione tra ESITO-PROCESSO:

- L'Unità sulle relazioni esito processo (Prof.ssa Giannone) si occuperà di valutare le associazioni tra aspetti processuali e il raggiungimento di esiti positivi/negativi di tutti i 10 gruppi per adulti (5 verbali e 5 di psicodramma); di verificare quali dimensioni del processo risultano essere predittori di un esito positivo; di valutare in che modo l'evoluzione delle variabili di processo osservate influenzi il cambiamento dei pazienti lungo il corso del trattamento.

- L'Unità sui gruppi di bambini (Prof.ssa Vizziello) si occuperà di valutare le associazioni tra aspetti processuali e il raggiungimento di esiti positivi/negativi; di verificare quali dimensioni del processo risultano essere predittori di un esito positivo; di valutare in che modo l'evoluzione delle variabili di processo osservate influenzi il cambiamento dei pazienti lungo il corso del trattamento nei gruppi per bambini.

Rispetto al CONFRONTO TRA DIVERSI FORMAT DI GRUPPO:

- L'Unità di ricerca sull'esito (Prof. Gasseau) si occuperà di valutare in termini di esito le differenze tra i due tipi di conduzione (verbale e psicodrammatica) oggetto di studio;

- L'unità sul processo (Prof. Formica) si occuperà di valutare rispetto al processo le differenze tra i due tipi di conduzione (verbale e psicodrammatica) oggetto di studio;

- L'Unità di ricerca sulla relazione esito processo (Prof.ssa Giannone) si occuperà di valutare le differenze tra i due tipi di conduzione (verbale e psicodrammatica) oggetto di studio rispetto alle associazioni che si verificano tra le dimensioni processuali e gli esiti raggiunti.

- L'Unità sulle variazioni del setting (Prof. Iacolino) si occuperà di valutare le differenze tra i due tipi di conduzione (verbale e psicodrammatica) oggetto di studio rispetto al verificarsi di drop-out e rispetto alle variazioni del processo che si verificano in corrispondenza di ingressi nel gruppo.

L'integrazione rispetto a questo specifico compito tra le diverse unità di ricerca è garantita dalla condivisione dell'utilizzo degli stessi strumenti di valutazione (fatta eccezione per alcuni rivolti a bambini) e dall'applicazione di un identico protocollo di somministrazione che stabilirà le modalità di rilevazione (tempi e modi). La collaborazione tra le diverse unità sarà garantita dalla creazione e condivisione di un unico database che raccoglierà i dati di tutti i gruppi oggetto di osservazione e che costituirà la base su cui le diverse Unità di ricerca elaboreranno i risultati relativi agli obiettivi specifici.

Risultati attesi dalla ricerca, il loro interesse per l'avanzamento della conoscenza e le eventuali

potenzialità applicative

Lo studio approfondito dell'efficacia clinica della psicoterapia di gruppo costituisce, dal nostro punto di vista, un importante progresso delle conoscenze in ambito clinico. Tale studio, soprattutto nel panorama nazionale, intende contribuire a rimarginare lo scarto che si evidenzia tra l'utilizzo crescente e sempre più diffuso del dispositivo terapeutico gruppale, sia in ambito privato, sia in ambito pubblico, e la relativa mancanza di conoscenze empiriche specifiche su come funzionano tali terapie, su come potrebbero

funzionare più efficacemente e su quali sono le indicazioni/controindicazioni che il terapeuta di gruppo deve tenere presente durante l'avvio e la durata del trattamento.

L'esiguità di conoscenze si riscontra principalmente, come altrove sottolineato, per le psicoterapie di tipo psicodinamico e ancora più consistentemente per le terapie a conduzione psicodrammatica, nonostante tali dispositivi terapeutici siano tra i più comunemente usati e diffusi. Tale lacunosità, legata anche ad una tradizionale distanza tra mondo psicoanalitico e psicodinamico e ricerca empirica, è in gran parte dovuta alle difficoltà metodologiche che lo studio della terapia psicodinamica incontra, ed ancor più evidentemente per quella di gruppo. Di conseguenza tali difficoltà hanno finora ostacolato, soprattutto nel contesto nazionale, la produzione di studi ampi e sistematici su tale tipo di trattamento, essendo stati effettuati soprattutto studi isolati e single-case su gruppi. Il tentativo di questo studio è viceversa, in linea con le indicazioni suggerite dalla letteratura internazionale (Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004), quello di creare un progetto sufficiente ampio e articolato che permetta di studiare un numero relativamente ampio di gruppi, che permetta un'analisi longitudinale del trattamento, e che si focalizzi contemporaneamente sui diversi aspetti del trattamento (esito, processo, evoluzione temporale, fattori moderatori dell'esito, etc.) evitando di operare un'eccessiva riduzione dell'oggetto di ricerca, contraria per altro alla natura intrinsecamente complessa del gruppo terapeutico (Strauss, Burlingame, Bormann, 2008).

Coerentemente con quanto premesso, l'ampiezza e l'articolazione del progetto poggiano su una stretta interconnessione tra le unità e sull'integrazione dei risultati emersi. I prodotti delle singole unità, in termini di analisi dell'esito, del processo, dei drop-out e dei nuovi ingressi in gruppo, delle connessioni tra processualità ed esito del trattamento, e di confronto tra dispositivi differenti, pur rappresentando "di-per-sé" ambiti di indagine differenti e consistenti, potranno essere utilmente integrati e connessi tra loro, producendo un corpus di conoscenze sicuramente più esteso e approfondito.

In tal senso, pensiamo che i risultati emersi, in termini di produzioni scientifiche, potranno utilmente inserirsi nell'attuale panorama internazionale delle ricerche sulla psicoterapia di gruppo, contribuendo ad approfondire il dibattito e a sviluppare le conoscenze sulle tematiche più salienti. In termini applicativi, riteniamo che il presente progetto potrebbe fornire delle ricadute cliniche in particolare sulle modalità operative dei terapeuti di gruppo. L'intero impianto della ricerca e le conseguenti scelte metodologiche sono state infatti pensate nell'ottica di sviluppare un concreto e utile scambio con la clinica.

Sappiamo (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006) che esiste ancora una consistente distanza tra clinici e ricercatori, e che spesso i prodotti della ricerca risultano incomprensibili o poco utili ai clinici, e che pertanto non influiscono sostanzialmente nel lavoro di questi ultimi. La scelta di condurre uno studio empirico basato sull'effectiveness dei gruppi, ovvero sulla valutazione dei trattamenti di gruppo così come vengono normalmente erogati nella pratica clinica routinaria, risponde anche all'esigenza di valutare qualcosa di fatto esistente (e che non è un artefatto sperimentale costruito per rispondere solo alle esigenze della ricerca). A partire da tale prossimità alla clinica, la ricerca intende produrre risultati che possano essere comunicate ai clinici e che possano fornire loro indicazioni e strumenti utili al miglioramento della loro prassi terapeutica.

In particolare, un primo risultato pensiamo possa consistere nella possibilità di far conoscere ai clinici, (agevolando la pratica all'uso e l'interpretazione dei risultati), un'ampia varietà di strumenti di misura, che forniscono informazioni sulle diverse caratteristiche dei pazienti, attraverso self-report e attraverso scale che aiutino il clinico a riflettere e organizzare la conoscenza del paziente (clinician report).

Relativamente ai risultati sull'esito delle psicoterapie di gruppo sia per pazienti adulti sia per soggetti in età scolare (Unità B, Prof.ssa Fava Viziello), la ricerca mira ad ottenere indicazioni su quali caratteristiche dei pazienti possono facilitare/ostacolare il percorso terapeutico in gruppo. Tali fattori moderatori dell'esito, potrebbero essere presi in giusta considerazione dai clinici, soprattutto in fase di selezione dei pazienti e di costituzione di nuovi trattamenti gruppali. Inoltre, il progetto prevede di ottenere risultati relativi all'esito complessivamente ottenuto dai pazienti, agli aspetti psicologici in cui si verificano maggiori/minori cambiamenti, e al tempo nel quale si produce tale cambiamento (Unità B, Prof. Gasseau), e risultati relativi alle caratteristiche dei pazienti che abbandonano preventivamente il trattamento (drop-out) (Unità B, Prof. Iacolino). L'insieme di questi risultati potrà consentire ai clinici di operare opportune riflessioni sulle modalità di conduzione, sull'utilità o meno del gruppo per determinati pazienti, sul timing con cui si verificano cambiamenti nei pazienti. Relativamente allo studio degli aspetti processuali (Unità B, Prof. Formica, Unità B Prof.ssa Fava Viziello) e delle associazioni esito-processo (Unità B, Prof.ssa Giannone), si otterranno risultati che danno indicazioni su come si sviluppa l'evoluzione del processo a partire dall'avvio del gruppo, e in relazione alle uscite e ingressi in gruppo (Unità B, Prof. Iacolino). Altri risultati riguarderanno le differenze che si verificano tra modalità di conduzione differente (verbale vs psicodrammatica) e l'individuazione degli aspetti processuali che risultano più importanti ai fini del raggiungimento di un esito positivo (Unità B, Prof.ssa Giannone), etc. L'insieme delle informazioni e delle conoscenze acquisite potranno fornire utili indicazioni rispetto a quali sono gli aspetti processuali che vanno maggiormente sottoposti ad attenzione durante il percorso terapeutico. In tal senso una possibile ricaduta potrebbe essere data dall'estensione ai trattamenti gruppali del modello sviluppato per le terapie individuali (Patient-Focused Research; Lambert, Hansens, Finch, 2001), con la possibilità cioè di sviluppare futuri protocolli di collaborazione in cui i clinici vengano aggiornati durante il trattamento sull'andamento della terapia con dati di ricerca, potendo quindi intervenire clinicamente in relazione a tali informazioni per migliorare l'efficacia e l'efficienza del gruppo.

Elementi e criteri proposti per la verifica dei risultati raggiunti

Il progetto di ricerca nazionale evidenzia due ordini di possibili risultati. Il primo di natura teorica, appare non facilmente verificabile in termini oggettivi poiché si inserisce nel contesto dell'apporto che gruppi di ricerca italiani possono offrire al dibattito internazionale relativo alla valutazione dell'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo, con particolare attenzione agli esiti che esse raggiungono e ai processi terapeutici che si sviluppano in questi trattamenti e che conducono al buono o cattivo esito della terapia. Riteniamo che soprattutto la quantità e la qualità delle pubblicazioni che potrebbero risultare dalla realizzazione del progetto rappresentino un adeguato indicatore dei risultati raggiunti.

Il secondo di natura applicativa, riguarda essenzialmente le ricadute cliniche che il presente progetto potrebbe avere sulle conoscenze e sulle modalità operative dei terapeuti di gruppo. Questa ricerca si prefigge di fornire informazioni sistematiche e approfondite sul trattamento di gruppo, indicando ad es. quali caratteristiche dei pazienti possono facilitare/ostacolare il loro percorso terapeutico in gruppo, quali soggetti ottengono più velocemente risultati positivi nelle terapie gruppali, quali aspetti processuali risultano più importanti ai fini del raggiungimento di un esito positivo, etc. L'insieme delle informazioni e delle conoscenze acquisite potranno fornire al clinico indicazioni rispetto a quali sono gli aspetti che vanno maggiormente attenzionati prima dell'avvio e durante il percorso terapeutico. Si sottolinea che proprio la natura longitudinale dello studio permetterà di monitorare con continuità l'evoluzione dei singoli pazienti (in termini di cambiamento personale) e la processualità del gruppo.

Al termine della ricerca saranno previsti degli incontri con i diversi terapeuti coinvolti nella ricerca al fine di illustrare i risultati ottenuti, descrivendo e analizzando il percorso terapeutico dei singoli e dell'intero gruppo. Tali momenti di comunicazione e di formazione avranno l'obiettivo di contribuire allo sviluppo di buone prassi terapeutiche che migliorino l'efficacia clinica dei trattamenti di gruppo, in termini di risultati ottenuti e di efficienza, con evidenti ricadute sul piano sociale in termini di qualità del servizio erogato e di riduzione/contenimento dei tempi e dei costi.

Per verificare la rilevanza clinica della ricerca, in una fase successiva agli incontri sarà inviato ai terapeuti un questionario col quale si indagherà l'utilità percepita della ricerca, verificando quali indicazioni e controindicazioni sono ritenute maggiormente utili rispetto al lavoro clinico, e quali possibili ricadute le conoscenze acquisite potrebbero apportare al loro operato.