



Narrare i gruppi

Etnografia dell'interazione quotidiana

Prospettive cliniche e sociali.

Anno VII, Vol. 1, Novembre 2012

ISSN: 2281-8960

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo

Influenze tra processo ed esiti: *alleanza, coesione e cambiamento in un gruppo terapeutico a lungo termine*

Autori	Ente di appartenenza
Francesca Giannone	<i>Università di Palermo</i>
Cinzia Guarnaccia	<i>Università di Palermo</i>
Anna Maria Ferraro	<i>Università di Palermo</i>
Maria Rita Infurna	<i>Università di Palermo</i>
Salvatore Gullo	<i>Università di Palermo</i>

To cite this article:

Giannone F., Guarnaccia C., Ferraro A.M., Infurna M.R., Gullo S., (2012), Influenze tra processo ed esiti: *alleanza, coesione e cambiamento in un gruppo terapeutico a lungo termine*, in *Narrare i Gruppi*, anno VII, vol. 1, Novembre 2012, pp. 21-36, website: www.narrareigruppi.it

To link to this article: <http://www.narrareigruppi.it/anno-vii-vol-1-maggio-2012-influenze-tra-processo-ed-esiti-alleanza-coesione-e-cambiamento-in-un-gruppo-terapeutico-a-lungo-termine>

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, redistribuzione, rivendita, prestito, sub-licenza, fornitura sistematica, o la distribuzione in qualsiasi forma è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

gruppi nella clinica

Influenze tra processo ed esiti: *alleanza, coesione e cambiamento in un gruppo terapeutico a lungo termine*

Francesca Giannone, Cinzia Guarnaccia, Anna Maria Ferraro,
Maria Rita Infurna, Salvatore Gullo

Riassunto

Questo lavoro esplora, in un gruppo terapeutico con pazienti gravi, due tra le variabili di processo più indagate nelle terapie di gruppo, l'*alleanza terapeutica* e la *coesione*, analizzandone le associazioni con gli esiti del trattamento in termini di sintomi e difese.

È stato esaminato un gruppo a lungo termine, semi-aperto, a cadenza settimanale. L'osservazione si è svolta per un periodo di 18 mesi, per un totale di 50 sedute. Sono stati monitorati 11 soggetti che riportavano diverse diagnosi nell'Asse I e II del DSM IV. TR

Gli strumenti di esito usati sono stati l'*SCL-90: Symptom Check List*; l'*OQ-45: Outcome Questionnaire 45.2*; e il *DSQ: Defense Style Questionnaire*.

Mentre per rilevare il processo abbiamo utilizzato la *CALPAS-G: California Psychotherapy Alliance Scale-Group version*; e la *GMLCS: Group/ Member/Leader Cohesion Scale*.

Il periodo di osservazione è stato suddiviso in *tre fasi*, in funzione delle rimodulazioni del *setting* (nuovi ingressi, uscite e *drop out*).

Come primo accenno possiamo dire di avere rilevato correlazioni significative tra alleanza, coesione ed esiti nelle tre fasi. Nella fase di maggiore "instabilità", sembra emergere il ruolo predominante della coesione e più in generale delle dimensioni legate all'impegno (*commitment*) verso il gruppo.

I risultati della ricerca offrono anche interessanti indicazioni riguardo alla differenziazione tra Alleanza e Coesione, e al loro diverso legame con gli esiti e con le evoluzioni del processo terapeutico.

Come sappiamo, la ricerca attuale si muove in direzione di una integrazione tra le misure di esito dei pazienti e i fattori relazionali/strutturali che possono facilitare il loro cambiamento. Gli studi ci indicano anche che è sempre più importante focalizzare l'attenzione sulla relazione tra processo ed esiti, anche nelle terapie di gruppo psicodinamiche.

È necessario sottolineare tuttavia, che questi trattamenti sono molto complessi e difficili da operationalizzare e pongono alla ricerca interrogativi complessi su come misurare e quantificare i principali elementi del processo terapeutico. Su questo fronte molti sforzi devono essere ancora fatti se si vuole capire quali fattori si sviluppano nei gruppi e quali condizioni

influenzano positivamente l'esito della psicoterapia stessa. Si capisce quindi come sia importante il lavoro di approfondimento concettuale e "operazionale" sui diversi costrutti, se si vuole comprenderne meglio la natura e le differenze e costruire strumenti in grado di coglierne più efficacemente le caratteristiche.

La riflessione e lo studio proposti in questo lavoro vogliono essere un contributo in questa direzione.

Parole chiave: gruppo psicodinamico a lungo termine, alleanza terapeutica, coesione di gruppo, ricerca esito-processo

*Outcomes – Process Connections:
Alliance, Cohesion and Change in a Therapeutic Long Term Group*

Abstract

Research is currently moving in the direction of an integration between the outcome measures of the patients and the relational and/or structural factors that can facilitate their change.

It is increasingly important to focus studies on the relationship between process and outcome, especially with regard to psychodynamic group therapy. These treatments, very complex and difficult to operationalize, still pose critical questions for research such as what are the main elements of the therapeutic process that are activated in these therapies?

Many efforts are to be made in understanding which factors develop in groups and the conditions that positively influence the success of therapy.

Important is, moreover, the work of conceptual and "operational" depth on the different constructs, to better understand their nature and differences and build tools to more easily detect their features.

Therapeutic alliance and *cohesion* are among the most investigated process variables, because of their role on the results of therapy.

This study investigates these two variables in a therapeutic group with severe patients and analyzes their associations with treatment outcomes in term of symptoms and defenses.

A long-term, semi-open group meeting on a weekly basis was examined. The observation was carried out for a period of 18 months, for a total amount of 50 sessions; 11 patients with different diagnoses in Axis I and II DSM IV were examined.

Outcome measures: SCL-90 - Symptom Check List; OQ-45 - Outcome Questionnaire 45.2; DSQ - Defense Style Questionnaire.

Process measures: CALPAS-G: California Psychotherapy Alliance Scale-Group; GMLCS: Group/Member/Leader Cohesion Scale.

The observation period was divided into 3 phases according to re-modulations of the setting (new entries, overcomes, dropout).

Significant correlations between alliance, cohesion and outcomes were found in the three phases. During the phase of greater instability, the predominant role of cohesion and, more generally, dimensions related to group commitment emerge.

Results offer interesting suggestions about the differentiation between Alliance and Cohesion and their different relationship with outcomes and process evolution.

key words: psychodynamic long-term group; therapeutic alliance; group cohesion; outcome-process research.

1. Premessa

Numerose ricerche empiriche attestano l'importanza della terapia di gruppo come trattamento efficace per un gran numero di disturbi mentali (Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004; Strauss, Burlingame, Bormann, 2008).

In questo panorama, tuttavia, le evidenze relative alle psicoterapie di gruppo psicodinamicamente orientate, e particolarmente quelle a lungo termine, non sono ancora molte (Barlow, 2008; Gullo, Lo Coco, Prestano, Giannone e Lo Verso, 2010).

Una parte consistente degli studi appartiene a quella che viene abitualmente definita "process research" e, tra le variabili caratterizzanti il processo di gruppo maggiormente indagate, l'*alleanza terapeutica* e la *coesione* sono considerate particolarmente importanti nel dispiegarsi della terapia. Esse sono state oggetto di trattazione teorica da parte di numerosi autori (Dion, 2000; Horvath, Bedi, 2002; Kipnes, Piper, Joyce, 2002; Marmarosh, Holtz, 2005; Lingren, Barber, 2008) e molti lavori si sono orientati ad approfondire il loro ruolo rispetto all'esito della terapia (Martin, Garske & Davis, 2000; Tasca, Illing, Ogrodniczuk, Joyce, 2009; Tasca, Ramsay et al., 2010).

Diversi studi hanno trovato un'associazione significativa tra *alleanza terapeutica* ed *esito del trattamento* (Marziali, Munroe-Blum, McCleary, 1997; Gillaspay, et al., 2002; Abouguendia et al., 2004; Bakali et al., 2011). E sebbene alcuni studi riportino risultati contrastanti (Glatzer, 1990; Woody e Adessky, 2002), complessivamente è possibile affermare che anche in gruppo l'alleanza è un aspetto centrale della relazione terapeutica ed esercita un'influenza indiretta sul suo esito: essa contribuisce ad aumentare l'autostima dei pazienti, la loro motivazione rispetto all'impegno terapeutico, la loro capacità di tollerare gli errori del terapeuta, la possibilità di sentirsi supportati nelle fragilità, ecc. (Kivlighan, Tarrant, 2001).

Altri studi hanno indagato la relazione tra gli *esiti* nei gruppi terapeutici e la *coesione*, definita come un complesso di forze che tengono insieme il gruppo e che rappresentano "l'essenza" della relazione terapeutica gruppale (McCallum, et al., 2002; Joyce, Piper, Ogrodniczuk, 2007), trovando elevati livelli di associazione tra coesione ed *outcome*, tanto che, per diversi anni, la coesione è stata considerata il più importante fattore terapeutico di gruppo (Marziali, Munroe-Blum, McCleary, 1997; Kivlighan, Tarrant, 2001, Yalom, Leszcz, 2005, Burlingame et al., 2011).

Le questioni più recenti, nel panorama internazionale, non riguardano tanto l'effettivo coinvolgimento di alleanza e coesione nelle variazioni di esito, quanto la possibilità di considerare gli effetti specifici di queste due variabili e, quindi, di arrivare a una riformulazione dei costrutti (Joyce, Piper, Ogrodniczuk, 2007; Hornsey, Dwyer, Oei, Dingle, 2009), o alla strutturazione di nuovi modelli esplicativi più aderenti ai risultati delle ricerche (Johnson et al., 2005, Bormann, Burlingame, Strauss, 2011).

2. Obiettivi

Lo studio si propone di esplorare l'evoluzione nel tempo del processo terapeutico e degli esiti del trattamento, in un gruppo a indirizzo gruppoanalitico a lungo termine con pazienti gravi.

In particolare, esso vuole monitorare, nel percorso terapeutico e in corrispondenza con le rimodulazioni del *setting* (uscite, *drop-out*, nuove entrate) cui i gruppi *long term* vanno incontro:

- l'andamento delle variabili *Coesione* e *Alleanza* e la loro relazione con alcuni indicatori di esito: sintomi, relazioni interpersonali, funzionamento nei ruoli sociali e difese;
- la specificità dei due costrutti di processo osservati e gli aspetti di somiglianza e di differenza che ne caratterizzano il funzionamento.

3. Metodo

Procedure

La ricerca ha preso in considerazione un gruppo eterogeneo a lungo termine, semi-aperto, a cadenza settimanale. Le sedute della durata di due ore si sono svolte in un *setting* privato. Il gruppo è stato condotto da uno psichiatra esperto, gruppo analista. Ha partecipato al gruppo un osservatore, cui era affidata la raccolta dei dati di ricerca. Tutte le sedute sono state audio-registrate.

La ricerca si è svolta per un periodo di 18 mesi, per un totale di 50 sedute.

Lo studio è di tipo osservazionale naturalistico e adotta un disegno *single-case* (Kazdin, 1992).

Abbiamo ritenuto opportuno analizzare il processo di gruppo suddividendo il trattamento in tre fasi, in accordo con le rimodulazioni del *setting* che si sono verificate nel gruppo.

- Fase 1 (sedute dalla 1 alla 8): caratterizzata da una condizione di stabilità del gruppo. Si conclude con un *drop-out*;
- Fase 2 (sedute dalla 9 alla 33): caratterizzata da molti cambiamenti nell'assetto del gruppo (3 nuovi ingressi, 3 uscite programmate, 2 *drop-out* e due pazienti che entrano in gruppo per lasciarlo dopo poche sedute);
- Fase 3 (sedute dalla 34 alla 50): in cui il gruppo sembra ritrovare una nuova stabilità, non si registrano più né uscite, né nuovi ingressi.

Partecipanti

Il gruppo è composto da pazienti che presentano disturbi nell'asse I e nell'asse II del DSM IV. TR, e comorbidità (Disturbi d'ansia, Ossessivi Compulsivi, Depressivi, di Somatizzazione, del Comportamento Alimentare e Disturbo di Personalità Schizoide).

Nel periodo di osservazione previsto dalla ricerca, il gruppo, inizialmente composto da 8 pazienti, è andato incontro a rimodulazioni del *setting*, con nuove entrate e dimissioni. Complessivamente 13 pazienti hanno partecipato all'esperienza di gruppo, ma soltanto su 11 sono stati raccolti dati adeguati che ci hanno permesso di effettuare le analisi.

L'età media dei partecipanti al gruppo era di 37.6 anni (*range* 27-53), di questi il 46% erano donne e il 54% uomini.

gruppi nella clinica

Strumenti

Per l'analisi degli esiti sono stati usati i seguenti strumenti:

- **SCL-90: Symptom Check List** (Derogatis, 1983). Questionario autosomministrato di 90 *item* che fornisce misure relative a dieci dimensioni sintomatologiche e un indice globale (*GSI Global Score Index*) come misura totale delle difficoltà psicologiche. Punteggi più alti indicano peggiore condizione di salute psichica.
- **OQ-45: Outcome Questionnaire 45.2** (Lambert *et al.*, 1996; Lo Coco *et al.*, 2006). *Self-report* di 45 *item* raggruppati in tre sottoscale che valutano tre aspetti della vita del paziente: Sintomi (*Symptom Distress, SD*), Relazioni interpersonali (*Interpersonal Relations, IR*), Funzionamento sociale (*Social Role Functioning, SR*). L'OQ fornisce tre punteggi nelle sottoscale e un punteggio complessivo di funzionamento globale. Punteggi più alti indicano peggiore funzionamento mentale.
- **DSQ: Defense Style Questionnaire** (Bond, Gardner, Christian, Sigal, 1983; San Martini, Roma, Sarti, Lingiardi, Bond, 2004). Questionario *self-report*, composto da 88 *item* che permette di differenziare tra 4 stili difensivi: Stile di difese disadattive (*Maladaptive Defenses Style, MD*); Stile di difese che distorcono l'immagine (*Image Distorting Defenses, ID*); Stile di difese di abnegazione, "self-sacrificing" (*Self-sacrificing Defenses Style, SS*); Stile di difese adattative (*Adaptive Defense Style, AD*). Punteggi più alti nelle prime tre scale indicano maggiore uso di difese disfunzionali, punteggi più alti nella scala AD indicano un maggior uso di difese sane.

Per l'analisi del processo di gruppo sono stati usati i seguenti strumenti:

- **CALPAS-G: California Psychotherapy Alliance Scale – Group Version** (Gaston, Marmar, 1993). Questionario *self-report* per la valutazione dell'alleanza terapeutica in gruppo. Fornisce quattro indici di alleanza terapeutica: 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 nei confronti dei membri del gruppo (*Member Understanding and Involvement, MUI*). Punteggi più alti indicano (per tutte le scale) maggiore alleanza.
- **GMLCS: Group/Member/Leader Cohesion Scale** (Piper, Marrache, Lacroix, Richardsen, Jones, 1983). Questionario *self-report* composto da 9 *items*, con una scala *Likert* a 6 punti.
La forma che valuta la *coesione rispetto al terapeuta* fornisce punteggi rispetto a tre aree: Qualità positive (*Positive Qualities, PQ*). Insoddisfazione per il ruolo del terapeuta (*Dissatisfaction with the leaders's role, DLR*). Compatibilità personale (*Personal compatibility, PC*).
La forma che valuta la *coesione rispetto al gruppo* nel suo insieme fornisce punteggi rispetto a tre aree: effetto e stimolazione reciproca (*Mutual Stimulation and Effect, MSE*); impegno verso il gruppo (*Commitment to the group, ComG*); compatibilità con il gruppo (*Compatibility with the group, CompG*). Punteggi più alti indicano (per tutte le scale) maggiore coesione.

Gli strumenti di processo (CALPAS e GMLCS) sono stati somministrati ad ogni seduta di gruppo. Per quanto riguarda gli strumenti di esito, l'OQ-45 è stato somministrato mensilmente, mentre il DSQ e lo SCL-90 a cadenza trimestrale.

4. *Analisi dei dati*

Sono state effettuate analisi statistiche di tipo descrittivo ed analisi correlazionali per verificare la presenza di relazioni significative tra le variabili prese in esame.

Per ciascun paziente è stato calcolato un punteggio di alleanza di gruppo per fase, dato come media dei punteggi da lui ottenuti nelle rilevazioni che costituiscono ciascuna fase; mentre i punteggi di *outcome* presi in considerazione nelle analisi sono quelli rilevati al termine di ciascuna delle tre fasi.

I valori riportati nelle tabelle 1, 3 e 5 esprimono le correlazioni tra la media dell'alleanza di tutti i pazienti per fase (rispettivamente per le fasi 1, 2 e 3) e l'*outcome* al termine della stessa fase.

Analogamente, sono stati calcolati per ogni paziente i punteggi di coesione per fase e la media del gruppo (uno per la scala verso il Gruppo ed uno per la scala verso il Terapeuta). Le tabelle 2, 4 e 6 esprimono le correlazioni tra la coesione per fase (rispettivamente per le fasi 1, 2 e 3) e l'*outcome* al termine della stessa fase.

5. *Risultati*

FASE 1 (SEDUTE DI GRUPPO DALLA 1 ALLA 8)

La prima fase dell'osservazione è caratterizzata da una sostanziale stabilità dell'assetto di gruppo. Alla seduta 8 si verifica il *drop-out* di un paziente. Non ci sono ulteriori mutamenti.

Alleanza 1

In questo primo periodo si evidenziano numerose correlazioni significative tra alleanza di gruppo (CALPAS) e misure di esito (SCL-90; OQ; DSQ) (tab. 1).

Correlazioni negative significative emergono tra tutte le sottoscale della CALPAS e l'SCL-90 (GSI): si evidenzia che all'aumentare dei valori di alleanza terapeutica corrispondono miglioramenti della condizione sintomatica.

Allo stesso modo, associazioni significative emergono tra tutte le sottoscale della CALPAS e l'uso di difese maladattive e di distorsione dell'immagine; le correlazioni negative indicano che all'aumentare dei valori di alleanza corrisponde un minore uso di tali difese. Le difese adattive risultano, invece, positivamente correlate con l'alleanza (2 scale: PWC e MUI) mostrando che l'aumentare dell'alleanza è associato all'uso di maggiori difese adattive.

All'OQ, la sottoscala che presenta più correlazioni è l'*Interpersonal Relations*.

Più in dettaglio, la sottoscala dell'alleanza *Impegno del paziente verso il gruppo (Patient Commitment - PC)*, è quella che presenta il maggior numero di correlazioni significative: un maggiore impegno è correlato a sintomi meno gravi, relazioni meno distur-

gruppi nella clinica

bate, minore disagio espresso all'OQ, minore presenza di difese maladattive e di distorsione dell'immagine.

Ad un maggiore consenso sulle strategie di lavoro (*Working Strategy Consensus - WSC*) corrisponde una minore gravità dei sintomi e un minore uso di difese maladattive.

Un maggior coinvolgimento e comprensione tra i membri (*Member Understanding and Involvement - MUI*), è significativamente correlato a una minore gravità dei sintomi e a un miglior uso delle difese.

Coesione 1

Anche la variabile coesione (GMLCS), in questa prima fase, mostra diverse correlazioni significative con gli esiti, particolarmente nell'ambito delle difese (tab. 2).

Più specificamente, gli aspetti legati all'impegno nei confronti del gruppo (*commitment - Com_G*) e alla compatibilità con il gruppo (*Comp_G*) sono negativamente correlate con l'*outcome*, cioè corrispondono a sintomi meno gravi e a difese migliori.

Anche una buona relazione con il terapeuta (PQ e DLR¹) è collegata a un minore disagio nel funzionamento (OQ) e a una migliore qualità della condizione difensiva.

Nell'insieme sembra che in questa prima fase, la relazione tra alleanza ed esiti e tra coesione ed esiti sia ben presente e che, per certi aspetti, l'alleanza si connetta più fortemente alla dimensione della sintomatologia, mentre la coesione sia più specificamente connessa all'organizzazione delle difese.

Considerando la specificità del *setting*, può essere interessante notare l'elevato numero di correlazioni significative tra entrambe le variabili di processo e la scala *Image Distorting* dell'DSQ (tanto più sono presenti alleanza e coesione, tanto meno vengono utilizzate difese di distorsione dell'immagine di sé). Questo risultato richiama quanto l'immagine di noi stessi sia influenzata dai *feedback* interpersonali e suggerisce che buone condizioni di alleanza e di coesione nel gruppo possano consentire una più autentica esperienza di sé.

Riguardo più specificamente alla coesione, un dato che ci sembra interessante sottolineare è l'emergere di un alto numero di correlazioni anche con le sottoscale *self-sacrificing* e con le difese adattive: tanto più c'è coesione, tanto più vengono adoperate difese di *self-sacrificing* e difese adattive.

FASE 2° (SEDUTE DI GRUPPO DALLA 9 ALLA 33)

Durante la seconda fase, il gruppo è andato incontro ad una forte riorganizzazione dovuta a numerose uscite e nuovi ingressi dei pazienti in gruppo (3 uscite concordate, 1 *drop-out*, 3 entrate).

Alleanza 2

In questo periodo le correlazioni tra i valori di alleanza di gruppo (CALPAS) e quelli misurati dagli strumenti di esito sono nettamente inferiori rispetto alla fase precedente (tab. 3).

Riguardo ai sintomi, rimangono significative soltanto le correlazioni tra l'impegno verso il gruppo e un minor disagio all'OQ, particolarmente alla sottoscala più strettamente sintomatologica (SD).

¹ Gli *items* della sottoscala DLR, sono reverse.

Riguardo alle difese, scompaiono le correlazioni tra alleanza e distorsione dell'immagine di sé e diventano invece significative quelle con le sottoscale *self-sacrificing* e difese adattive (tanto più c'è alleanza, tanto più sono presenti difese di *self-sacrificing*, e, tanto più c'è alleanza, nel senso di impegno verso il gruppo, consenso sulle strategie di lavoro, comprensione reciproca e coinvolgimento, tanto più ci sono difese adattive).

In qualche modo, in una situazione di criticità, ma di buona alleanza, sembrano mobilitarsi, nel gruppo, condizioni di impegno e abnegazione e le possibili risposte adattive.

Coesione 2

Differentemente da quanto appena osservato per l'alleanza, aumenta, invece, il numero delle correlazioni significative tra la coesione (sia verso il gruppo che verso il terapeuta) e le misure di esito (tab. 4). In particolare aumentano le correlazioni inverse tra i valori di coesione verso il gruppo e la presenza di sintomi: maggiore è la coesione minori sono i sintomi e il ricorso a difese maladattive e di distorsione dell'immagine, mentre aumentano, in questa fase, le difese di *self-sacrificing* e quelle adattive.

Complessivamente, in questo secondo spaccato di sedute, mentre tutte le scale della coesione risultano significativamente correlate con le misure di esito (tab. 4), e il numero delle loro correlazioni è aumentato rispetto alla 1° fase, le scale dell'alleanza mostrano un numero decisamente inferiore di correlazioni con gli esiti rispetto all'osservazione precedente e prevalentemente nella sottoscala PC (*Patient Commitment*). Quest'ultima rileva l'investimento e il sentimento di fiducia dei pazienti nei confronti del gruppo, *nonostante i momenti di sfiducia, confusione e difficoltà*, registrando pertanto aspetti più simili a quelli rilevati dalle scale della GMLCS (coesione).

L'esperienza di investimento e i sentimenti di compatibilità, sia verso il gruppo che verso il terapeuta, sembrerebbero pertanto proporsi come un forte collante che promuove la tenuta e i progressi del gruppo.

Comincia a offrirsi lo spunto per avanzare alcune riflessioni sulla differenza tra i costrutti di Alleanza di Gruppo e Coesione, così come gli strumenti utilizzati la propongono.

FASE 3° (SEDUTE DI GRUPPO DALLA 34 ALLA 50)

Nella terza fase, il gruppo ritrova stabilità e non si registrano mutamenti di assetto. Cambia ancora la configurazione delle relazioni tra alleanza terapeutica, coesione ed esiti.

Alleanza 3

Le correlazioni tra la CALPAS e le misure di esito diminuiscono ulteriormente (tab. 5), mantenendosi soltanto tra la sottoscala impegno dell'alleanza e l'OOQ, e nella relazione, inversa, tra impegno e difese di *self-sacrificing* (più è alto l'impegno, meno si ricorre a difese di *self-sacrificing*).

Coesione 3

Di contro, si mantengono, seppure in numero decisamente inferiore rispetto alla II fase, le correlazioni tra coesione ed esiti (tab. 6).

E' ancora la scala impegno verso il gruppo a mostrare le maggiori correlazioni con le misure relative ai sintomi e con le difese. La relazione con il terapeuta presenta anch'essa diverse correlazioni significative. Più sono riconosciute le qualità positive del terapeuta (PQ) e minore è l'insoddisfazione per il ruolo del terapeuta (DLR), minori sono i sintomi e migliore l'uso delle difese

Anche in questa terza fase l'andamento della relazione tra alleanza ed esito mostra delle consistenti differenze. Le correlazioni significative nella GMLCS sono decisamente più numerose e si mantiene dunque lo spunto per pensare ad una differenziazione tra i due costrutti.

6. Conclusioni

Nonostante le limitazioni relative all'analisi di un caso singolo, questo studio ci sembra offrire interessanti spunti di riflessione sullo sviluppo del processo terapeutico nei gruppi psicodinamici *long term*. Interessanti indicazioni sono emerse anche sul ruolo specifico e sulla relazione con gli esiti dei costrutti Alleanza e Coesione di gruppo.

Se da tempo ormai l'esperienza clinica e la ricerca empirica hanno dimostrato l'efficacia dei trattamenti gruppali in termini di miglioramento sintomatologico, il modello gruppo analitico, e in generale i modelli ad orientamento analitico, sostengono che i trattamenti psicodinamici, in particolare a lungo termine, consentono di ottenere miglioramenti che non si limitano soltanto alla remissione dei sintomi ma che coinvolgono dimensioni più profonde della personalità (modalità relazionali e difese).

La nostra osservazione rivela un'evoluzione del funzionamento dei pazienti in forte connessione con l'evoluzione delle condizioni e dei processi del gruppo. Queste evoluzioni hanno riguardato la condizione sintomatologica, ma anche, forse più consistentemente, il quadro dell'assetto difensivo dei pazienti del gruppo.

Nel trattamento, i diversi piani del funzionamento psichico risultano coinvolti e ciò che avviene nel gruppo è significativamente connesso a quanto avviene nei partecipanti al gruppo stesso. E' interessante, in particolare, notare quali forze abbiano agito e con quali esiti.

Un ruolo importante sembra aver giocato, la coesione, soprattutto nel momento di maggiore instabilità della vita del gruppo. La coesione come *impegno*, per la tenuta e la salvaguardia del gruppo, come ciò che fa "rimanere" i soggetti nel gruppo (Piper *et al.*, 1983). Ciò che li spinge a "dare" anche quando, per alcuni periodi, non si hanno altri benefici se non l'apprendimento vicario e la consapevolezza di star aiutando gli altri (Budman, *et al.*, 1989).

Parimenti, l'esiguità delle correlazioni tra alleanza ed esito (ad eccezione della scala PC), così come l'aumento del numero di correlazioni con la scala "*Self Sacrificing*" possono far pensare al fatto che, dalla seconda fase del processo di gruppo, i componenti potevano aver perso la visione condivisa degli obiettivi e delle strategie terapeutiche, ossia di quegli aspetti che più tradizionalmente definiscono il costrutto

di alleanza, mentre emergeva il ruolo della coesione di gruppo come “tutela e salvaguardia” del gruppo stesso (Piper, *et al.*, 1983).

Sembrano proporsi, dunque, alcune differenze tra i costrutti di Alleanza e Coesione più volte sottolineate in letteratura. Resta aperta, tuttavia, la necessità di approfondire la specificità del contributo di ciascuna delle due variabili al fine di superare le possibili ambiguità di definizione dei costrutti (Joyce, Piper & Ogrodniczuk, 2007) e soprattutto degli strumenti che sono utilizzati per misurarli.

La ricerca empirica sui processi di gruppo si muove oggi in questa direzione, sia in termini di riformulazione, su base empirica, dei modelli di spiegazione delle caratteristiche delle relazioni gruppali (Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, & Gleave, 2005), sia in termini di costruzione di strumenti per la valutazione dei processi (Bormann, Burlingame & Strauss, 2011; Burlingame, McClendon, & Alonso, 2011). Pertanto, a partire da queste considerazioni abbiamo in programma nuovi studi volti ad approfondire l'analisi delle variabili attive nel processo gruppal e degli strumenti più adatti a rilevarne le caratteristiche.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2001), DSM-IV-TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision*, Masson, Milano
- Abouguendia M., Joyce A.S., Piper W.E., Ogrodniczuk J.S. (2004). Alliance as a Mediator of Expectancy Effects in *Short-Term Group Psychotherapy*. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 8, (1), 3–12.
- Bakali J. V., Hagtvet K. A., Hersoug A. G., Høglend P., Lorentzen S. Ruud, T. (2011). Psychodynamic Group Psychotherapy: Impact of Group Length and Therapist Professional Characteristics on Development of Therapeutic Alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 19(5):420-33.
- Barlow SH (2008). La ricerca empirica e le terapie psicodinamiche di gruppo. In: Lo Coco, G, Prestano, C & Lo Verso, G (eds.), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bond M, Gardner S. T., Christian J., & Sigal J. J. (1983). Empirical study of self-rated defence styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333–338.
- Bormann B, Burlingame GM & Strauss B (2011). Der Gruppenfragebogen (GQ-D) Instrument zur Messung von therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 56, 297–309.
- Budman SH, et al. (1989). Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy, *Psychiatry*. 52, 339-350.
- Burlingame GM, MacKenzie RK & Strauss B (2004). Small Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change. In Lambert MJ (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). New York: Wiley, 648-696.
- Burlingame GM, McClendon DT & Alonso J (2011). Cohesion in Group Therapy. *Psychotherapy*, 48/1, 34 - 42.
- Derogatis LR (1983). *The Symptom Checklist -90 Revised: Administration, scoring and procedures manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dion K (2000). Group Cohesion: From “Fields of Forces” to Multidimensional Construct. *Group Dynamics: theory research and practice*, 4 (1), 7-26.
- Gaston L, Marmar CR (1993). *Manual of the California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS)*. Unpublished manuscript.

- Gillaspy JA, Wright AR, Campbell C, Stokes S, Adinoff B., (2002), Group alliance and cohesion as predictors of drugs and alcohol abuse treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 12, pp. 213- 171.
- Glatzer HT (1990). Psychoanalytic group psychotherapy. In: Cutash, IL & Wolf, A (eds.), *The Group Psychotherapist's Handbook: Contemporary Theory and Technique. Personality, Psychopathology: Theoretical and Clinical Perspectives*. New York: Columbia University Press, 46-60.
- Gullo S., Lo Coco G., Prestano C., Giannone F. & Lo Verso G. (2010). La ricerca in psicoterapia di gruppo: alcuni risultati e future direzioni di ricerca. In *Ricerca in Psicoterapia / Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 2, 78-96.
- Hornsey MJ, Dwyer L, Oei TP, Dingle GA (2009) Group processes and outcomes in group psychotherapy: is it time to let go of "cohesiveness"? *International Journal of Group Psychotherapy*. 59/2, 267-278.
- Horvath AO & Bedi RP (2003). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relations that work* New York: Oxford. 37-70.
- Johnson JE, et al. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models, *Journal of Counseling Psychology*. 52/ 3, 310–321.
- Joyce AS, Piper WE & Ogrodniczuk JS (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. 57/3, 269-296.
- Kazdin AE (1992). *Metodi di ricerca in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino, trad. it. 1996.
- Kipnes DR, Piper, WE & Joyce AS (2002). Cohesion and outcome in short-term psychodynamic groups for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 483-509.
- Kivlighan DMJ & Tarrant J M (2001) Does group climate mediate the group leadership-group member outcome relationship? A test of Yalom's hypotheses about leadership priorities. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5/3, 220-234.
- Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen NB, Vermeersch DA, Clouse GC, & Yanchar SC (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lindgren A, Barber JP & Sandahl C (2008). Alliance to the group-as-a-whole as a predictor of outcome in psychodynamic group therapy. *International journal of the group psychotherapy*, 58 (2).
- Lo Coco G, Giannone F & Lo Verso G (2006). La ricerca in psicoterapia di gruppo. In: Dazzi N, Lingardi V & Colli A, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e Strumenti*, Milano: Raffaello Cortina.
- Lo Coco G, Prestano C, Gullo S, Di Stefano G, & Lambert MJ (2006) Un primo studio sulla validazione italiana dell'Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *Ricerca in psicoterapia*, 9/1, pp.7-19.
- Martin DJ, Garske JP & Davis KM (2000); Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, No. 3, 438-450.
- Marziali E, Munroe-Blum H, McCleary L (1997). The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. 47/4, 475-497.
- Marmarosh C., Holtz A., Schottenbauer M. (2005). Group Cohesiveness, Group-Derived Collective Self-Esteem, Group-Derived Hope, and the Well-Being of Group Therapy Members *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* , 2005, Vol. 9, No. 1, 32–44.
- McCallum M, Piper E, Ogrodniczuk JS (2002). Early Process and Dropping Out From Short-Term Group Therapy for Complicated Grief. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 6/ 3, 243–254.

- Piper WE, Marrache M, Lacroix R, Richardsen AM, Jones BD (1983). Cohesion as a basic bond in groups. *Human Relations*. 36, 93-108.
- San Martini P, Roma P, Sarti S, Lingiardi V, Bond M (2004). Italian Version of the Defense Style Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*. 45/6, 483-494.
- Strauss B, Burlingame GM, & Bormann B (2008). Ricerca sul processo della terapia di gruppo. In: Lo Coco G, Prestano C & Lo Verso G (eds.), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*, Milano: Raffaello Cortina.
- Tasca GA, Illing VA, Ogrodniczuk J & Joyce, A (2009). Assessing and adjusting for dependent observations in group treatment research using multilevel models. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 13, 151-162.
- Tasca GA, Ramsay et al. (2010) Modeling Longitudinal Data From a Rolling Therapy Group Program With Membership Turnover: Does Group Culture Affect Individual Alliance? *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 14, 151–162.
- Woody SR & Adessky RS (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy*, 33, 5–27.
- Yalom I & Leszcz M (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 5th edition: Basic Books.

Tabella 1: Fase 1 – Analisi delle correlazioni tra alleanza (CALPAS- G) e misure di esito (SCL-90, OQ-45, DSQ)

	SCL_GSI	OQ_SD	OQ_IR	OQ_SR	OQ_TOT	DSQ_MALAD	DSQ_IM_DIST	DSQ_SELF_SACR	DSQ_ADAPTIVE
PWC	-0,32*	-0,22	-0,17	-0,15	-0,31*	-0,37**	-0,46**	0,26	0,32*
PC	-0,58**	-0,32*	-0,48**	-0,21	-0,53**	-0,68**	-0,38**	-0,14	0,06
WSC	-0,45**	-0,03	-0,31*	-0,35*	0,02	-0,32*	-0,35**	-0,02	0,25
MUI	-0,72**	-0,23	0,02	0,26	-0,22	-0,49**	-0,58**	0,23	0,38**

** Correlation is significant at the 0,01 level

* Correlation is significant at the 0,05 level

Note: CALPAS-G = PWC (Patient Working Capacity), PC (Patient Commitment), WSC (Working Strategy Consensus), MUI (Member Understanding and Involvement); SCL-90 = GSI (Global Score Index); OQ-45 = SD (Symptom Distress), IR (Interpersonal Relation), SR (Social Role Functioning); DSQ= MALAD (Maladaptive Defenses Style), IM_DIST (Defenses of Image Distorting), SELF_SACR (Defenses of Self Sacrificing), ADAPTIVE (Adaptive Defenses Style).

Tabella 2: Fase 1 –Analisi delle correlazioni tra coesione (GMLCS) e misure di esito (SCL-90, OQ-45, DSQ)

	<i>SCL_GSI</i>	<i>OQ_SD</i>	<i>OQ_IR</i>	<i>OQ_SR</i>	<i>OQ_TOT</i>	<i>DSQ MALAD</i>	<i>DSQ IM_DIST</i>	<i>DSQ SELF_SACR</i>	<i>DSQ ADAPTIVE</i>
<i>GMLCS: Coesione verso il gruppo</i>									
<i>MSE</i>	-0,19	-0,34*	0,22	-0,32*	-0,32*	-0,26	-0,41**	0,33*	0,18
<i>Com_G</i>	-0,52**	-0,53**	-0,21	-0,20	-0,51**	-0,25	-0,64**	0,66**	0,68**
<i>Comp_G</i>	-0,44**	-0,10	-0,21	-0,14	-0,24	-0,54**	-0,82**	0,68**	0,55**
<i>GMLCS: Coesione verso il terapeuta</i>									
<i>PQ</i>	-0,22	-0,24	-0,27	-0,42**	-0,31*	-0,16	-0,53**	0,64**	0,61**
<i>DLR</i>	0,27	-0,10	0,09	-0,06	-0,09	0,12	-0,47**	-0,67**	0,38**
<i>PC</i>	-0,20	-0,01	0,11	0,18	0,16	-0,29*	0,01	0,25	0,25

** Correlation is significant at the 0.01 level * Correlation is significant at the 0.05 level

Note: GMLCS coesione verso il gruppo = MSE (Mutual Stimulation and effect), Com_G (Commitment to the group), Comp_G (Compatibility with the group); GMLCS coesione verso il terapeuta = PQ (Positive Qualities) DLR (Dissatisfaction with the leaders' role) PC (Personal Compatibility); SCL-90 = GSI (Global Score Index); OQ-45 = SD (Symptom Distress), IR (Interpersonal Relation), SR (Social Role Functioning); DSQ= MALAD (Maladaptive Defenses Style), IM_DIST (Defenses of Image Distorting), SELF_SACR (Defenses of Self Sacrificing), ADAPTIVE (Adaptive Defenses Style).

Tabella 3: Fase 2 – Analisi delle correlazioni tra alleanza (CALPAS- G) e misure di esito (SCL-90, OQ-45, DSQ)

	<i>SCL_GSI</i>	<i>OQ_SD</i>	<i>OQ_IR</i>	<i>OQ_SR</i>	<i>OQ_TOT</i>	<i>DSQ MALAD</i>	<i>DSQ IM_DIST</i>	<i>DSQ SELF_SACR</i>	<i>DSQ ADAPTIVE</i>
<i>PWC</i>	-0,09	0,08	-0,11	0,10	0,02	0,14	-0,14	0,26**	0,12
<i>PC</i>	-0,06	-0,32**	0,01	-0,34	-0,29**	-0,22*	-0,06	0,05	0,26**
<i>WSC</i>	-0,16	-0,14	0,17	0,00	-0,05	-0,11	-0,06	0,22*	0,33**
<i>MUI</i>	-0,19	-0,08	0,20	0,08	-0,01	-0,19	-0,14	0,30**	0,36**

** Correlation is significant at the 0.01 level * Correlation is significant at the 0.05 level

Note: CALPAS-G = PWC (Patient Working Capacity), PC (Patient Commitment), WSC (Working Strategy Consensus), MUI (Member Understanding and Involvement) ; SCL-90 = GSI (Global Score Index); OQ-45 = SD (Symptom Distress), IR (Interpersonal Relation), SR (Social Role Functioning); DSQ= MALAD (Maladaptive Defenses Style), IM_DIST (Defenses of Image Distorting), SELF_SACR (Defenses of Self Sacrificing), ADAPTIVE (Adaptive Defenses Style).

Tabella 4: Fase 2 – Analisi delle correlazioni tra coesione (GMLCS) e misure di esito (SCL-90, OQ-45, DSQ)

	<i>SCL_GSI</i>	<i>OQ_SD</i>	<i>OQ_IR</i>	<i>OQ_SR</i>	<i>OQ_TOT</i>	<i>DSQ_MALAD</i>	<i>DSQ_IM_DIST</i>	<i>DSQ_SELF_SACR</i>	<i>DSQ_ADAPTIVE</i>
<i>GMLCS Coesione verso il gruppo</i>									
<i>MSE</i>	-0,37**	0,07	-0,12	0,12	0,02	-0,41**	-0,30**	0,50**	0,30**
<i>Com_G</i>	-0,68**	-0,38**	-0,45**	-0,23*	-0,54**	-0,60**	-0,64**	0,69**	0,59**
<i>Comp_G</i>	-0,45**	0,10	-0,13	0,19	-0,01	-0,46**	-0,46**	0,64**	0,38**
<i>GMLCS Coesione verso il terapeuta</i>									
<i>PQ</i>	-0,27**	-0,27**	-0,12	-0,29**	-0,30**	-0,27**	-0,43**	0,52**	0,57**
<i>DLR</i>	0,42**	-0,08	0,12	-0,09	-0,01	-0,32**	-0,48**	0,73**	0,53**
<i>PC</i>	-0,34**	-0,24**	0,02	-0,46**	-0,27**	0,05	-0,16	0,41**	0,16

** . Correlation is significant at the 0.01 level

* Correlation is significant at the 0.05 level

Note: *GMLCS coesione verso il gruppo* = *MSE* (Mutual Stimulation and effect), *Com_G* (Commitment to the group), *Comp_G* (Compatibility with the group); *GMLCS coesione verso il terapeuta* = *PQ* (Positive Qualities) *DLR* (Dissatisfaction with the leaders' role) *PC* (Personal Compatibility); *SCL-90* = *GSI* (Global Score Index); *OQ-45* = *SD* (Symptom Distress), *IR* (Interpersonal Relation), *SR* (Social Role Functioning); *DSQ*= *MALAD* (Maladaptive Defenses Style), *IM_DIST* (Defenses of Image Distorting), *SELF_SACR* (Defenses of Self Sacrificing), *ADAPTIVE* (Adaptive Defenses Style).

Tabella 5: Fase 3 – Analisi delle correlazioni tra alleanza (CALPAS-G) e misure di esito (SCL-90, OQ-45, DSQ)

	<i>SCL_GSI</i>	<i>OQ_SD</i>	<i>OQ_IR</i>	<i>OQ_SR</i>	<i>OQ_TOT</i>	<i>DSQ_MALAD</i>	<i>DSQ_IM_DIST</i>	<i>DSQ_SELF_SACR</i>	<i>DSQ_ADAPTIVE</i>
<i>PWC</i>	0,10	-0,32*	-0,17	0,21	0,26	0,05	0,05	0,23	-0,16
<i>PC</i>	0,11	-0,40**	-0,40**	-0,31**	-0,31*	0,17	0,18	-0,68**	-0,10
<i>WSC</i>	-0,20	-0,13	0,20	0,24	0,04	-0,08	-0,01	0,05	0,19
<i>MUI</i>	-0,05	-0,03	0,05	0,03	0,04	-0,04	0,02	0,11	0,09

** . Correlation is significant at the 0.01 level

* Correlation is significant at the 0.05 level

Note: *CALPAS-G* = *PWC* (Patient Working Capacity), *PC* (Patient Commitment), *WSC* (Working Strategy Consensus), *MUI* (Member Understanding and Involvement) ; *SCL-90* = *GSI* (Global Score Index); *OQ-45* = *SD* (Symptom Distress), *IR* (Interpersonal Relation), *SR* (Social Role Functioning); *DSQ*= *MALAD* (Maladaptive Defenses Style), *IM_DIST* (Defenses of Image Distorting), *SELF_SACR* (Defenses of Self Sacrificing), *ADAPTIVE* (Adaptive Defenses Style).

Tabella 6: Fase 3 – Analisi delle correlazioni tra coesione (GMLCS) e misure di outcome (SCL-90, OQ-45, DSQ)

	<i>SCL_GSI</i>	<i>OQ_SD</i>	<i>OQ_IR</i>	<i>OQ_SR</i>	<i>OQ_TOT</i>	<i>DSQ MALADAP</i>	<i>DSQ IM_DIST</i>	<i>DSQ SELF_SACR</i>	<i>DSQ ADAPTIVE</i>
GMLCS Coesione verso il gruppo									
<i>MSE</i>	-0,23	0,07	-0,23	0,10	0,05	-0,29*	-0,20	0,43**	0,25
<i>Com_G</i>	-0,63**	-0,38**	-0,44**	-0,13	-0,48**	-0,74**	-0,62**	0,14	0,41**
<i>Comp_G</i>	-0,22	0,21	-0,06	-0,50**	-0,32*	-0,10	-0,07	0,57**	0,20
GMLCS Coesione verso il terapeuta									
<i>PQ</i>	-0,39**	-0,07	-0,08	-0,29*	0,01	-0,30*	-0,24	0,32*	0,31*
<i>DLR</i>	0,26	-0,01	0,63**	0,27	0,24	-0,52**	-0,43**	-0,32*	-0,17
<i>PC</i>	-0,24	0,13	-0,02	-0,42**	0,26	-0,12	-0,08	0,53**	0,26

** Correlation is significant at the 0.01 level

* Correlation is significant at the 0.05 level

Note: GMLCS coesione verso il gruppo = MSE (Mutual Stimulation and effect), Com_G (Commitment to the group), Comp_G (Compatibility with the group); GMLCS coesione verso il terapeuta = PQ (Positive Qualities) DLR (Dissatisfaction with the leaders' role) PC (Personal Compatibility); SCL-90 = GSI (Global Score Index); OQ-45 = SD (Symptom Distress), IR (Interpersonal Relation), SR (Social Role Functioning); DSQ= MALAD (Maladaptive Defenses Style), IM_DIST (Defenses of Image Distorting), SELF_SACR (Defenses of Self Sacrificing), ADAPTIVE (Adaptive Defenses Style).