



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale
Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica
Tesi di Laurea Magistrale

**Chat-based therapy gruppale:
uno studio empirico preliminare sullo sviluppo della coesione.
Analisi delle interazioni intercorse in 38 sedute e utilizzo di
alcuni test psicometrici (GQ-30, OQ-45.2, LSP)**

Chat-based group therapy:
a preliminary empirical study on the development of cohesion.
Analysis of the interactions occurred in 38 sessions and use of some psychometric
tests (GQ-30, OQ-45.2, LSP)

RELATORE
Professore Angelo Silvestri

LAUREANDA
Francesca Farinelli

CORRELATRICE
Dottoressa Stefania Bisagni

MATRICOLA
2058373

Anno accademico 2022/2023

*a Margherita, che mi ha indicato la
strada*

*[...] spero che possiate osare di dare a questi pensieri,
per quanto irrazionali, un qualche tipo di alloggio temporaneo.
E che poi li vestiate con parole adatte perché possano
esprimersi pubblicamente e possa esser data loro la possibilità di mostrarsi,
anche se sembra che non siano molto bene attrezzati.*

BION, 1983

INDICE

Introduzione	
Movimenti tra figura e sfondo	7
Capitolo 1	
Chat-based theory di gruppo: teoria e ricerca	10
Chat-based therapy: connessioni possibili	10
Gruppalità interna, “gruppo attuale” e “gruppo virtuale”	14
Il gruppo omogeneo a tempo limitato	16
Lo sviluppo della coesione nella dimensione dello schermo	18
I contributi teorici allo studio empirico	20
La psicodinamica: sogni, affetti, simboli	20
Il costruttivismo sociale: la co-costruzione di significato	21
Clinica e (è) ricerca	22
Capitolo 2	
Materiali e metodi.	
“Gruppo Obiettivi” e analisi delle interazioni	25
Sulle istituzioni	25
I principi riabilitativi della “recovery”	26
Il “Gruppo Obiettivi”	28
Obiettivi condivisi	30
I partecipanti	32

Metodologia della ricerca: analisi delle interazioni	32
Funzioni e contenuti	34
Capitolo 3	
I Questionari: Group Questionnaire GQ-30, Outcome Questionnaire OQ-45.2, Life Skills Profile LSP	37
Gli strumenti psicometrici	37
Group Questionnaire: uno sguardo alla letteratura	38
Il GQ-30	40
Versione italiana del Group Questionnaire	46
Outcome Questionnaire (OQ-45.2)	47
Life Skills Profile (LSP)	51
Capitolo 4	
I risultati dello studio empirico	54
Adesione al compito riabilitativo	55
Messaggi IN (in seduta) e OUT (fuori seduta)	55
Confini del setting e messaggi OUT	56
Grado di partecipazione: numero di interazioni IN	60
Presenza alle sedute	64
Risultati emersi dai questionari	64
Group Questionnaire (GQ-30)	65
Outcome Questionnaire (OQ-45.2)	75
Life Skills Profile (LSP)	85
Discussione	89
Conclusione	94
Appendice	95
Bibliografia	99

Introduzione

Movimenti tra figura e sfondo

Possiamo oggi facilmente immaginare un tempo in cui ci sarà una sola cultura e una sola civiltà su tutta la faccia della terra. Io non credo che ciò accadrà, perché ci sono sempre in atto tendenze contraddittorie: verso l'omogeneizzazione da un lato, verso nuove distinzioni dall'altro.

LÉVI-STRAUSS, 1995

Questo progetto di ricerca sorge da un interesse personale e professionale nei confronti delle psicoterapie gruppali di matrice psicodinamica. Il lavoro di tesi dal titolo *Chat-based therapy grupale: uno studio empirico preliminare sullo sviluppo della coesione. Analisi delle interazioni intercorse in 38 sedute e utilizzo di alcuni test psicometrici (GQ-30, OQ-45.2, LSP)* ha preso avvio in seguito a numerosi confronti metodologici e operativi avvenuti tra Francesca, Carlotta, Guglielmo e il Professore Silvestri in merito a un materiale messo a disposizione dalla terapeuta del Centro Diurno. Questo complesso e articolato studio, che si va a integrare a quello degli altri due studiosi, ha preso in esame l'andamento che si è potuto osservare nel corso di 38 sedute del Gruppo Obiettivi condotto in modalità online da marzo 2020 a dicembre 2020 con la partecipazione di 13 utenti psichiatrici afferenti al Centro Diurno. All'analisi delle interazioni si è ritenuto opportuno procedere congiuntamente con l'osservazione e la descrizione dell'andamento dei punteggi emersi da alcuni questionari di autovalutazione quali il Group Questionnaire e l'Outcome Questionnaire (GQ-30, OQ-45.2) e di eterovalutazione quale il Life Skills Profile (LSP) somministrati prima dell'inizio della terapia, in corso e al termine.

Da questo prezioso materiale sono man mano emerse varie domande di ricerca: vi sono degli indicatori attraverso i quali è possibile valutare l'adesione al compito riabilitativo da parte dei membri che partecipano al Gruppo Obiettivi?; la regolare compilazione

degli strumenti psicometrici nelle varie somministrazioni correlano con la presenza di un maggior livello di partecipazione ai 38 incontri espresso attraverso il numero di messaggi emessi in seduta; il Gruppo Obiettivi può condurre i membri verso il fattore terapeutico della coesione?

Nel cercare di rispondere a queste ipotesi di ricerca si è proceduti con la descrizione e l'esplorazione della chat-based therapy gruppale, evidenziando le difficoltà nella costituzione del setting, le differenze metodologiche e pratiche rispetto a una terapia condotta in presenza, le sfide a cui i terapeuti sono chiamati a reagire e l'importanza di un quotidiano dialogo tra ricerca e clinica. I contributi epistemologici della psicodinamica e del costruttivismo sociale – dove la prima mette in evidenza la capacità trasformativa del gruppo in quanto potente attivatore del mondo interno/simbolico, e il secondo, integrandosi alla prima, pone l'accento sulle interazioni con gli altri quali facilitatori di acquisizione di significato esistenziale – hanno svolto la funzione di linee-guida per decidere come poter categorizzare le 7867 interazioni intercorse tra i membri, la conduttrice, l'operatrice e l'osservatrice/tirocinante.

Nel corso di questo studio si è tentato di valutare l'adesione al compito da parte dei membri frequentanti il Gruppo Obiettivi attraverso alcuni indicatori: il numero di interazioni emesse fuori seduta (OUT), ai fini di verificare la capacità di rispettare il setting; il numero di messaggi inviati dentro la seduta (IN) come elemento per valutare il grado di partecipazione; il livello di frequenza agli incontri espresso nei termini di presenza/assenza; il numero di questionari (Group Questionnaire e Outcome Questionnaire) che sono stati compilati dagli utenti durante le quattro somministrazioni di gennaio, giugno, dicembre 2020 e febbraio 2021. Tali indicatori sono stati considerati sulla base degli obiettivi riabilitativi pensati dalla terapeuta sulla base del livello di funzionamento e della diagnosi di ciascun utente. Gli obiettivi specifici riguardavano perlopiù alcuni aspetti, tra cui: l'incremento della consapevolezza dell'importanza della partecipazione al Gruppo Obiettivi, l'acquisizione/mantenimento delle autonomie, la capacità di accrescere le interazioni con gli altri, il tutto sulla base dei principi riabilitativi della "recovery" (Prochaska et al. 1992), secondo i quali gli utenti assumono un ruolo attivo nell'acquisizione di nuove competenze e di nuove prospettive sul futuro. Attraverso i due strumenti psicometrici di autovalutazione, il Group Questionnaire e l'Outcome Questionnaire, che gli operatori del Centro Diurno hanno ciclicamente

somministrato agli utenti a gennaio, a giugno, a dicembre 2020 e a febbraio 2021, lo studioso ha potuto osservare l'andamento del processo terapeutico nel periodo di svolgimento della chat-based gruppale. Il GQ-30, questionario costituito da 30 items, è stato utilizzato per indagare la presenza di relazioni positive, dell'alleanza di lavoro e di relazioni negative lungo tre direzioni di legame, quali membro-membro, membro-leader e membro-gruppo. L'OQ-45.2 esplora tre aree di funzionamento – sintomi patologici, relazioni interpersonali e ruolo sociale – attraverso 45 items ed è servito al terapeuta e all'operatore per valutare la presenza di sintomi patologici e una sua possibile evoluzione nel corso del trattamento. Il LSP, strumento di eterovalutazione, è stato compilato dagli operatori al fine di valutare la percezione del funzionamento quotidiano del singolo utente in cinque sottoscale, quali la cura del sé, la non turbolenza, il contatto sociale, la comunicatività e la responsabilità.

A conclusione di questo studio empirico verranno analizzati i risultati ricavati dall'andamento espresso dal gruppo e dall'utente nei confronti dell'adesione al compito valutato attraverso alcuni indicatori sopra delineati.

CAPITOLO 1

Chat-based therapy di gruppo: teoria e ricerca

*Una teoria psicologica propone inevitabilmente dei valori,
non è solo un enunciato sulle persone, ma un atteggiamento nei loro confronti,
un modo di mettersi in relazione.*

BANNISTER, 1986

CHAT-BASED THERAPY: CONNESSIONI POSSIBILI

Il concetto di “interazione” risulta centrale quando si parla di gruppi e di terapia di gruppo. La primissima interazione sociale di un essere umano è, solitamente, quella che avviene tra madre e bambino, il cui legame si fonda sulla reciprocità, sulla sintonizzazione, su azioni e reazioni inserite in una dinamica circolare. A partire da tale scambio significativo, il concetto di “interazione” costituisce un certo grado di validità in qualità di contesto psicologico (Pines, 2020, p. 84).

Il terapeuta gruppale è costantemente sollecitato ad effettuare passaggi di prospettiva, a togliersi le lenti della psicologia individuale per indossare quelle di una psicologia gruppale aperta alle contaminazioni con la società e con la cultura della quale fa parte. All'interno di tale cornice storico-sociale ancora oggi risulta di grande attualità l'espressione coniata dallo studioso Mc Luhan, secondo il quale *il medium è il messaggio* (Mc Luhan, 1967): nell'assistere a una trasformazione culturale, di carattere rivoluzionario, generata a livello globale, si è potuto riscontrare una presenza dei media sempre più invasiva e pervasiva. I media – la televisione, il computer, il telefono cellulare e svariati altri dispositivi – neutralizzano le distanze, favorendo uno scambio tra individui anche quando non sono fisicamente vicini.

L'emergenza socio-sanitaria del Covid-19 ha costretto la maggior parte dei terapeuti a fare tempestive riflessioni pratiche ed etiche inerenti alla propria professionalità, il setting e il processo terapeutico. Tra dubbi e speranze, le piattaforme telematiche hanno finito col prendere il posto della stanza d'analisi, e ciò è accaduto anche per le terapie

gruppali, inclusa la “chat-based therapy” seguita dagli utenti del Centro Diurno Attivamente di cui si tratterà nel prossimo capitolo.

Riportando alcuni articoli recenti, nello studio di Ambrosiano et al. (2020) si discute di quanto la ricerca in ambito delle terapie psicodinamiche di gruppo sia ancora agli inizi e di quanto si avverta la necessità di definire e verificare l’efficacia scientifica di queste modalità terapeutiche. Ciò è quanto emerge anche dall’articolo di Locati et al. (2021) nel quale è stata posta la domanda riguardo a come poter “far quadrare il cerchio”¹ nonostante tutti i cambiamenti. Dagli studi emerge che la “coesione” terapeutica, imprescindibile fattore terapeutico, si possa verificare nell’ambiente online, ma che richieda comunque più tempo rispetto al setting al quale siamo abituati. Come suggerito anche da Weinberg, durante la terapia online, per fare alcuni esempi, i partecipanti tendono a parlare una per volta generando un tipo di narrativa lineare del tutto inusuale al contesto gruppal; mostrano maggiori resistenze verso la tendenza alla regressione e al tempo stesso mostrano un’intensificazione delle difese tipo dissociativo; rischiano di sentirsi inibiti ad esprimersi a causa della presenza di altre persone in casa; i transfert riguardanti il sentirsi dimenticati potrebbero essere intensificati (Locati et al., 2013, pp. 4-5).

A questo punto delle riflessioni risulta opportuno chiedersi: il passaggio dal setting “reale”, in cui terapeuta e membri del gruppo si siedono in cerchio, a un’interazione “virtuale” mediata dallo schermo – nel nostro caso chat-based senza l’uso della componente visiva – può essere chiamata, ancora, “terapia di gruppo”? Vi è forse l’esigenza di chiamarla in altro modo? Diverse sono le domande che emergono dal dover lavorare con un materiale di tale complessità metodologica.

La modalità di funzionamento di un gruppo, pertanto, è influenzata dal setting e al tempo stesso lo influenza (Neri, 2021, p. 34). Come scritto nell’articolo a cura di Marogna e colleghi nel 2019, la diffusione massiccia delle nuove tecnologie hanno modificato non soltanto le modalità di trasmissione delle informazioni, ma anche le modalità di interazione tra individui. Uno strumento come WhatsApp, ad esempio, è in

¹ Locati et al. (2021) hanno scritto un articolo dal titolo “Far quadrare il cerchio. Riflessioni su Positive Bonding e Negative Relationship in due gruppi di psicoterapia rivolti a giovani adulti: un confronto tra il setting online e in presenza” nel quale si sono soffermati sulle richieste di aiuto scaturite da un periodo di inaspettata e particolare difficoltà al quale i professionisti sanitari, diversamente esperti nel processo terapeutico di cura, sono stati chiamati a rispondere.

grado di accorciare la distanza emotiva e fisica, costituendo uno spazio nuovo, altro, in cui possa avvenire la relazione, in questo caso terapeutica gruppale.

Nella situazione della terapia di gruppo chat-based, l'uso del telefono cellulare e di WhatsApp ha portato i clinici e i teorici a dover ripensare la metodologia e la sua messa in pratica in un campo inusuale e ad investigare gli effetti terapeutici scaturiti da questa modalità rispetto al setting tradizionale. Nella dimensione del virtuale ci si imbatte in differenti barriere di contatto, alcuni sensi sono bloccati, non possiamo sentire l'odore degli altri, non possiamo toccarli, muoverci con essi nello spazio, sintonizzarci attraverso i corpi. Ancora non si sa se la mancanza di relazione spaziale tra le componenti corporee possa influire sulle percezioni e sulle risonanze affettive che scaturiscono tra i membri di un gruppo terapeutico chat-based. Nel virtuale del telefonino il "lontano e il separato" lo sono realmente, non resta che capire quale sia l'effetto di quest'altro cambiamento generato da un nuovo contesto (Ambrosiano, 2020, p. 12). In questa sede mediata dallo schermo la figura e lo sfondo si confondono, appaiono più sfumati, inseriti all'interno di una visione d'insieme di non facile collocazione spaziale e mentale. Facendo uso di questo dispositivo telematico è possibile riscontrare una maggiore indipendenza dagli altri a differenza di ciò che avviene nel contesto reale (in questo setting vi è quindi maggiore tendenza alla "coerenza" piuttosto che alla "coesione"?).

La riorganizzazione del setting, fisica e mentale, il passaggio dalla dimensione tangibile del cerchio a quella dello schermo esclude inevitabilmente alcuni elementi costitutivi della comunicazione, inducendo gli studiosi al dover identificare nuovi criteri di interazione e di valutazione del processo terapeutico di gruppo. Lo studio di Golkaramnay et al. (2007, ad esempio, intende indagare come la terapia di gruppo svolta in modalità online possa ridurre il rischio di perdere i benefici terapeutici raggiunti da pazienti con disturbi mentali durante il precedente trattamento. Lo stesso nome scelto per il progetto "Internet bridge" suggerisce come il dispositivo tecnologico sia in grado di fungere da ponte tra il prima e il dopo, strumento capace di permettere continuità del trattamento.

L'immagine di Magritte² descritta da Tjelta risulta alquanto rappresentativa dei nostri interrogativi di ricerca riguardo alla terapia gruppale traslata in un contesto virtuale: “as in Magritte’s (1929) picture of a pipe is not a pipe, it’s a picture of a pipe” (Tjelta, 2020). Il setting in questione lo si può definire “reale” seppur virtuale?



Nella dimensione complessa del setting virtuale lo spazio è ambiguo, distante dalla realtà, non chiaramente definibile e strutturato come nei gruppi in presenza. In questo campo virtuale ai professionisti viene richiesto di ripensare ai confini e alle regole e al tempo stesso viene richiesto ai partecipanti un grosso impegno per potersi abituare a un nuovo “spazio” costituito da dinamiche nuove. All’interno di un setting che si trasforma e si definisce di seduta in seduta il terapeuta si deve rinnovare anche nello stile di conduzione. In modalità online, la stanza dove si svolgono abitualmente gli incontri è così definita da Tjelta (2020) “a kind of sacrosanct place where the group establishes rituals and strong norms when they attend”.

Anche lo studio di Barak et al. (2011) può confermare la validità di tale modalità di conduzione terapeutica, in quanto fornisce supporto e prevenzione in condizioni di disturbo mentale al pari di gruppi svolti in presenza, riportando una riduzione di inibizione individuale, maggiore apertura e onestà (Barak et al., 2011, p. 15).

² Il dipinto di Magritte *Ceci n'est pas un pipe* del 1929 ha come intento quello di raffigurare la distanza che intercorre tra l'oggetto reale e la sua rappresentazione. Questo quadro appartiene alla corrente pittorica del surrealismo e invita l'osservatore a sviluppare riflessioni sulla comunicazione, sui codici, sui linguaggi e sul loro successivo adeguamento alla realtà ai fini del soddisfacimento di necessità di carattere pratico. Dunque, se quella rappresentata nel dipinto “non è una pipa”, si può dire lo stesso di una terapia di gruppo condotta in un ambiente virtuale?

Tjelta, nell'articolo "Ceci n'est pas une pipe: From the Circle to the Screen" (2020), pone al lettore una riflessione provocatoria attraverso l'uso di un parallelismo con il "magico mondo di Oz":

So how do the vulnerable participants know that the figure (the therapist) are not the same as the background, a humbug and effect-maker as in the story of the Wizard of Oz?

Come possono i partecipanti alla terapia di gruppo assicurarsi che la figura del terapeuta sia sempre lui, quello precedentemente conosciuto e vissuto nella scena reale, e "non un truffatore o colui che crea effetti speciali al pari del Mago di Oz"?

GRUPPALITÀ INTERNA, "GRUPPO ATTUALE" E "GRUPPO VIRTUALE"

Neri riporta una concezione del gruppo che ben si accosta alle riflessioni riportate nel paragrafo precedente su terapia di gruppo, gruppaltà e virtuale:

[...] il gruppo non esiste soltanto là fuori, ma anche nella psiche: è una presenza nella mente delle persone (Neri, 2021, p. 33).

Si può parlare, quindi, di "gruppaltà interna", intesa da Napolitani come una *rete di relazioni che si estende al di là dei confini spaziali* (Napolitani, 2006, p. 37), una configurazione interna grupपालe che deriva da relazioni e da processi identificatori presenti sin dall'infanzia dell'individuo. Il *gruppo* è sì una condizione specifica dell'esistenza umana, espressione della socialità, ma è anche – seguendo il pensiero di Silvestri e Ferruzza – un *oggetto in sé con caratteristiche invarianti sue proprie, indipendenti dal contesto*. Pertanto, sia il livello "istituito" del gruppo che quello "automatico" sono una manifestazione di gruppaltà preesistente capace di dare seguito, nel setting terapeutico grupपालe, a quello che Vanni chiama "sviluppo tematico spontaneo", che si distingue dal flusso delle libere associazioni che si verifica nel setting individuale (Silvestri, Ferruzza, 2012).

Prendendo in prestito parole scelte da Silvestri, nel setting virtuale il terapeuta e i partecipanti si ritrovano a dover maneggiare "tempi e ritmi" diversi rispetto a quelli del setting "tradizionale". Dunque, la specificità professionale la si può definire così

dipendente dal contesto o, a questo punto, è capace di trascenderla da esso? (Silvestri, 2012³).

Esistono due modalità di esistenza del gruppo: quella che viene definita “virtuale” e quella “attuale”. Il *gruppo virtuale* si attiva nel momento in cui, pur facendo parte di un gruppo, siamo soli, si costituisce di elementi elaborati dagli individui singolarmente in uno “spazio mentale interno”. Qui si assiste a una sorta di “autotemporalità” di tipo sincronico o diacronico che muta in base ai meccanismi di difesa messi in atto in uno specifico momento, per cui la dimensione temporale può essere paragonata a quella dei sogni. Dal “gruppo virtuale” deriva il senso, perlopiù inconsapevole, di appartenenza al gruppo, il quale ha accompagnato gli utenti del Centro Diurno anche nel passaggio al setting online. Il *gruppo attuale o presente* si attiva quando siamo insieme con gli altri del gruppo. In questo caso vi è una componente “involontaria e inconsapevole”, inevitabile, definita “protogruppale”, la quale funge da presupposto per la costituzione, il funzionamento e il successivo senso e scopo del gruppo (Silvestri, pp. 5-6, 2012).

Per quanto riguarda il gruppo terapeutico che si è istituito mediante lo strumento di WhatsApp, è presente sia una componente “attuale” – dove la comunicazione tra membri e quella tra membri e terapeuta avviene a livello sincrono, seppur senza il coinvolgimento di tutti e quattro i canali – che una componente “virtuale” data dalla rappresentazione interna della gruppaltà. Detta con Vanni, *il paziente e il gruppo producono la verità successiva*, tale per cui nella terapia psicodinamica gruppale è possibile andare incontro al *ritorno dei depositi infantili di gruppo equivalente a quello dei depositi infantili individuali* (Vanni, 1988, p. 5).

E ancora:

[...] Il gruppo è rappresentato come un insieme di pezzi significativi del passato e del futuro, persecutori e liberatori, da ricomporre dentro di sé (Vanni, 1988, p. 6).

³ Il pensiero su “Tempi e ritmi nella terapia di gruppo” è sviluppato da Silvestri, il quale parte da una definizione delle tre categorie gruppali, ovvero il gruppo come “strumento terapeutico”, come “oggetto di terapia” e come “funzione terapeutica o formativa diffusa o distribuita”, per arrivare poi a parlare delle “tre aree mentali di gruppo” (definite come “livello istituzionale, etnico e interattivo”) e all’analisi di un caso clinico che vede l’unione di teoria e pratica (2012).

Il gruppo omogeneo a tempo limitato

Il Gruppo Obiettivi nel quale si entrerà nel merito nel prossimo capitolo è una tipologia di “gruppo omogeneo”. Come scrive Corbella, *si entra nel gruppo accomunati dal sintomo o da una situazione, si esce dal gruppo come singoli*. Detta in altre parole: si accede al gruppo sulla base del costrutto della “coesione”, della somiglianza e dell’omologazione con l’altro, mentre si esce dal gruppo corrispondendo maggiormente ai principi che riguardano il concetto di “coerenza”, di individuazione di sé dall’altro (Corbella, 2008). All’interno del complesso contesto come quello che contraddistingue il gruppo terapeutico, una volta superata la fase iniziale la “coesione” pare agire, paradossalmente, come stimolo verso il processo opposto di differenziazione (Vasta et al., 2013, p. 104).

Questa tipologia di gruppo lo possiamo definire “omogeneo”, tenendo in considerazione che – citando Vasta e Girelli – *la condizione di omogeneità è pressoché sempre presente nei gruppi [...]*. Nel caso del Gruppo Obiettivi portato avanti attraverso la modalità della chat-based therapy, i partecipanti del Centro Diurno si riuniscono per far fronte a *questioni comuni*, (Vasta et al., 2013, pp. 4-5), per condividere una simile condizione di disagio mentale e sociale, e allo stesso momento per *decostruire l’omogeneità dei sintomi facendo invece emergere la “nuda vita”* (Vasta et al., 2013, p. 107). L’omogeneità, quindi anche la coesione, la si può intendere come un livello intersoggettivo del gruppo, come una base ineliminabile senza la quale non sarebbe possibile avviare un percorso di soggettivazione.

Prendendo spunto dal pensiero di Corbella, all’interno del gruppo “l’essere” del singolo membro, così come “l’essere” dell’intero sistema gruppale, è in continuo divenire, spazio protetto dove poter continuamente ridefinirsi e ridefinire il rapporto con l’altro e con il terapeuta (Corbella, 1999, p. 4). Sulla base di una sorta di “identità sociale condivisa” che li accomuna e li tiene uniti, i membri che partecipano a tale tipologia di gruppo perseguono le due principali finalità costitutive del gruppo omogeneo, ovvero la *cura del disagio* e la *prevenzione e sostegno*, fungendo da *contenitore specializzato* per intervenire su uno specifico contenuto (Vasta et al., 2013, p. 14). Ed è questo spazio contenitivo che facilita sia l’immergersi in quella sensazione di oceanica indefinitezza generata dal gruppo che l’emergere dagli altri. Si riporta un pensiero che riprende la

metafora del mare, rintracciabile in alcune interazioni presenti della chat-based therapy di gruppo successivamente analizzata:

per immergersi (fusione-indistinzione) nel mondo per certi versi amniotico e indifferenziato, agglutinato [...] è necessario poter contare sulla fiducia [...], la fiducia in se stessi e nella capacità e disponibilità dei propri compagni d'immersione (Vasta et al., 2013, p. 104).

La dimensione temporale prestabilita propria del gruppo omogeneo la possiamo definire come *moto in direzione cladoplastica*, fattore specifico che ha a che fare con il tempo limitato della terapia e che è in grado di accelerare i tempi di emersione di elementi mentali fino a prima celati. Sin dalle prime fasi di costituzione del gruppo è possibile scorgere il costituirsi di una “cultura di gruppo” dove circolano emozioni che vengono via via mentalizzate da parte dei partecipanti del gruppo, avviando un processo di trasformazione. In ogni circostanza il gruppo omogeneo si ritrova a dover attraversare il conflitto tra il desiderio di immersione e di fusione con gli altri partecipanti, terapeuta compreso, e la spinta verso uno stato di disomogeneità, di “scollamento” rispetto a quell’iniziale condizione di magma indistinto a cui faceva riferimento Pines parlando di “coesione”. Con il progredire delle sedute emerge maggiormente l’esigenza di superare lo stato di indistinzione e di essere identificati come singoli all’interno di un “campo” che viene definito “omogeneo”, inteso come un *deposito che contiene alcuni aspetti della personalità dei membri*, ed anche fantasie, pensieri e sentimenti (Neri, 2021, pp. 157-168); ma è proprio grazie al gruppo che il membro riesce ad attraversare questo conflitto e a intraprendere un cambiamento frutto di un equilibrio che si muove tra rispecchiamento nell’altro e riconoscimento di sé, e dell’altro, attraverso il dispositivo gruppale.

Come scrive Corbella nell’articolo su “Essere e divenire nel gruppo”:

nel lavoro terapeutico gruppale si può esprimere tutta la complessità della persona [...] dove può sperimentare il tutto all’interno di una storia partecipata e condivisa e in un contesto dove può essere riconosciuta come persona [...], luogo in cui il personale e l’universale si richiamano reciprocamente (Corbella, 1999, p. 4).

Proseguendo con Vasta e Girelli (2013, p. 25):

[...] l'essenza della psicoterapia di gruppo sta nell'incontro di un gruppo e in quello che da esso si genererà in modi diversi nel tempo, in tutti i suoi partecipanti, conduttore incluso.

Si tratta di un incontro che, prima ancora che accada, viene immaginato e costruito nella mente di un conduttore che contribuisce alla messa in pratica del gruppo sulla base di teorie di riferimento e di tecniche operative.

LO SVILUPPO DELLA COESIONE NELLA DIMENSIONE DELLO SCHERMO

Lo studioso esistenzialista Irvin Yalom⁴ – unitamente ad altri fattori terapeutici ritenuti di fondamentale importanza quando si parla di terapia gruppale di matrice psicodinamica – prende in esame il concetto di *coesione*. La “coesione”, sinonimo anche di fusionalità, non viene considerata soltanto nelle sue accezioni patologiche. Nell'ambito della terapia di gruppo questo fattore racchiude il fisiologico bisogno di fusione che accompagna l'individuo a partire dalle primissime fasi della sua esistenza: detto in altri termini, quando si parla di “coesione” si intende *un bisogno quasi analogo al respirare e che si esprime nella tendenza a stabilire limitate e selettive aree fusionali in diverse aree del sé* (Vasta, Girelli, Gullo, 2013, p. 103).

Tale costrutto è ritenuto una proprietà fondamentale dei gruppi a tal punto da essere stato inserito nelle Linee Guida internazionali per la ricerca sull'efficacia clinica del gruppo di matrice psicodinamica. Esso è stato approfondito in svariati articoli da alcuni autori, tra cui Marmarosh (Marmarosh et al., 2021), Begovac (Begovac et al., 2013), Ezquerro (Ezquerro, 2010), Braaten (Braaten, 1990) e altri.

Seppur non sia semplice darne una definizione univoca, con il termine *coesione* Yalom, ad esempio, intende *la forza di attrazione di un gruppo per i suoi membri* sperimentata a livelli interpersonali, intrapersonali e tra gruppi, l'insieme di forze che agiscono su tutti i componenti per trattenerli nel gruppo generando senso di appartenenza e di accettazione reciproca. Un gruppo, per potersi definire efficace, deve essere, quindi,

⁴ Irvin Yalom, assieme a Modyn Leszcz, nel testo *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo* (2005), descrivono 11 fattori terapeutici fondamentali quali: infusione della speranza, universalità, informazione, altruismo, ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare, sviluppo di tecniche di socializzazione, comportamento imitativo, apprendimento interpersonale, coesione di gruppo, catarsi e fattori esistenziali (Cap. 1 “I fattori terapeutici della terapia di gruppo”, pp. 21-41).

coesivo, la cui coesione che si verifica nella terapia di gruppo corrisponde alla relazione terapeuta-paziente propria della terapia individuale: la dimensione contenitiva del gruppo è capace di accogliere angosce profonde e di promuovere l'integrazione di parti frammentate del sé.

La coesione, al pari di altri fattori terapeutici – intesa come una fase vischiosa, paragonabile da Pines alla malta, alla colla, a una sostanza agglomerante che tiene ben salde le parti, al legame di attaccamento precoce tra madre e bambino – non rimane invariata, muta nel corso del processo terapeutico (Pines, 2020). Pur tenendo in considerazione i diversi obiettivi terapeutici specifici di ogni gruppo, la coesione, quel senso di “noi”, si contraddistingue per essere un tipo di omogeneità capace di facilitare il reciproco riconoscersi e rispecchiarsi, capace di generare una sensazione di aumentata soddisfazione e predisposizione al lavoro terapeutico: si tratta di un *microcosmo sociale* che permette la circolazione di rimandi reciproci tra i membri del gruppo, i quali danno luogo a nuovi apprendimenti e a nuovi vissuti riguardanti il come stare in relazione con gli altri (Vasta, Girelli, Gullo, 2013, p. 27).

È possibile trovare traccia del concetto di “coesione” anche nella pratica clinica dei primi del Novecento da parte del medico internista Pratt nel caso della cura di pazienti affetti da tubercolosi, per i quali il favorirsi di una rete di sostegno era capace di alleviare lo stato di sofferenza di questi malati. Queste sono le parole riportate da Pratt⁵: *l'incontro è una piacevole ora di gruppo per tutti i membri [...] che sono legati in una malattia condivisa* (Pratt, 1907, p. 29), a dimostrazione di come l'infusione della speranza e lo sviluppo di coesione fungano da fattori terapeutici specifici per un gruppo di tipo omogeneo che condivide una medesima condizione (Vasta, Girelli, Gullo, 2013, pp. 6-8).

Un certo grado di coesione e di coinvolgimento iniziali sono, quindi, essenziali per l'avvio del processo terapeutico, ciò nonostante, non la si può ritenere l'unica condizione necessaria affinché la terapia di gruppo possa apportare risultati di efficacia

⁵ A Pratt è possibile far risalire la prima pratica clinica con il gruppo omogeneo: egli si accorse di come i pazienti, seppur gravi e cronici come quelli affetti da tubercolosi, dalle precarie condizioni economiche e familiari, durante i tempi di attesa delle visite iniziarono a conversare attivamente, sostenendosi l'uno con l'altro, contribuendo a un miglioramento del tono dell'umore. Lazell nel 1920 adattò il metodo sviluppato da Pratt con pazienti schizofrenici presso l'Ospedale di Washington, inserendo nel progetto anche il personale sanitario.

considerevoli nel tempo (Yalom, 2005, pp. 77-104). Tra gli obiettivi principali di una terapia, individuale e gruppe, vi è *la costruzione di un senso di identità più ricco e autentico*, la quale passa attraverso un processo di *soggettivazione* che porta all'instaurarsi di un Io autonomo che non si sviluppa nel vuoto, bensì in un contesto relazionale (Neri, 2021, pp. 135-143). Fare parte di un gruppo, appartenere, risuonare con, è una pulsione propria dell'essere umano sin dagli albori della civiltà, di cui la letteratura, l'arte, l'antropologia sono ricche di esempi e di storie, eppure è necessario chiedersi: la *coesione* – quella sensazione di *blanda depersonalizzazione e blanda ubriachezza* in cui l'individuo sperimenta vissuti corporei, sensazioni “oceaniche” non tanto come riferibili a sé ma al contesto (Neri, 2021, pp. 40-47) – può essere sufficiente affinché una terapia di gruppo riesca a generare rispecchiamenti e al contempo avviare un processo di cambiamento?

Malcom Pines (Pines, 2000) si sofferma su un costrutto meno frequentemente considerato, quello di *coerenza*, ritenendolo di fondamentale importanza nell'analisi del processo e dei risultati della terapia di gruppo. Il costrutto di *coerenza*, differentemente da quello di *coesione*, non implica affatto una certa passività dell'individuo ma, al contrario, è capace di stimolare il processo di individuazione e di separazione tra i membri. La coerenza implica un'armonia, un'integrità che segue principi organizzativi capace di rendere chiaro sia il tutto che le relazioni tra le parti.

I CONTRIBUTI TEORICI ALLO STUDIO EMPIRICO

La psicodinamica: sogni, affetti, simboli

Nel caso di gruppi terapeutici di matrice psicodinamica, si può riscontrare una focalizzazione sul livello inconscio dell'esperienza vissuta, per cui l'attenzione, sulla base del funzionamento del paziente, viene incentrata sull'instaurarsi di un contatto con quel materiale che ancora si presenta senza forma, ignoto alla coscienza. Come riporta Campione citando Bion,

[...] l'individuo che entra a far parte di un gruppo affronta un compito altrettanto formidabile come il neonato quando entra in rapporto col seno.

Proseguendo con questa suggestione, il gruppo diventa terapeutico in quanto è capace di fare emergere quei diversi *stati preindividuali della mente* (Vasta et al., 2013, p. 93).

Secondo la prospettiva psicodinamica, all'interno del contesto terapeutico grupppale si viene a creare un campo dove si mettono in scena esperienze di riattualizzazione di affetti e di modelli relazionali antichi: durante queste scene colui che partecipa al gruppo mette in atto comportamenti che sono stati appresi durante il periodo pre-simbolico ma che non erano mai stati rappresentati prima, né pensati (Correale, 1995). In ottica psicodinamica il fare parte di un gruppo ha una profonda capacità trasformativa in quanto si rivela essere un efficace attivatore del mondo interno di tutti i partecipanti. Tra gli obiettivi più ampi della terapia di gruppo che poggia la su pratica sull'orientamento teorico psicoanalitico vi rientrano:

- Trasformazione del sé nei suoi aspetti sintomatici, maturazione delle strutture psichiche, comprensione e distanziamento dalla gruppaltà interna e dall'identità/patologia sintomatica;
- Separazione-individuazione;
- Conseguimento di capacità comunicative e relazionali adeguate in direzione dello sviluppo di un io-noi più autentico;
- Cura del rapporto con il sé e con l'alterità;
- Promozione del dialogo interno con le matrici familiari sature e il loro superamento;
- Incrementata presenza del simbolico (Vasta, Gullo, Girelli, 2019, p. XVI).

Riportando il pensiero di Foulkes, il gruppo poggia le sue fondamenta su una rete intima di comunicazione che gradualmente tende a trasformarsi in una matrice quasi organica all'interno della quale si verificano tutti quei processi che possono essere condivisi (Foulkes, 1978). Si assiste, quindi, a un cambiamento qualora il membro del gruppo si dimostri più disponibile a un nuovo apprendimento e a nuove contaminazioni.

Il costruttivismo sociale: la co-costruzione di significato

Secondo la prospettiva socio-costruzionista ogni persona attribuisce significato alla propria esperienza e agisce nelle relazioni con gli altri sulla base di premesse e credenze personali che derivano sia dalla sua "posizione" nella situazione interattiva che dalle esperienze vissute in precedenza. La risposta di ogni soggetto, nel nostro caso del membro del gruppo, ai comportamenti altrui e agli eventi dipende da alcuni fattori:

- dal suo sistema di rappresentazioni;
- dal significato che attribuisce al sistema altrui;
- dal tipo di risposta che pensa di ottenere per poter mantenere una coerenza all'interno del proprio sistema di rappresentazioni.

Per spiegare meglio i punti sopra citati si può dire che:

[...] attraverso la comunicazione, i partecipanti all'interazione non si scambiano soltanto informazioni o messaggi che essi interpretano secondo il proprio sistema di premesse, essi negoziano anche i significati da attribuire a eventi e comportamenti, costruiscono identità individuali e collettive, definiscono ruoli e relazioni, sviluppano un modo specifico di organizzare la realtà (Fruggeri, 1998, p. 8).

In ogni scambio tra due o più individui è, allora, sempre presente sia un livello di costruzione individuale sia un livello di co-costruzione di significato. Il livello di costruzione individuale della realtà riguarda i processi simbolici e i significati che i membri attribuiscono a se stessi e agli altri. Il livello di co-costruzione, invece, riguarda gli scambi linguistici che intercorrono tra i partecipanti o altre modalità di espressione comunicativa. Nel contesto grupppale i partecipanti contribuiscono alla creazione di un codice comunicativo condiviso dal quale scaturiscono nuovi modi di agire e di comunicare, nuovi modi di essere e di esistere: colui che partecipa a un'esperienza così immersiva e perturbante qual è quella del gruppo terapeutico impara ad integrare la persona con il mondo, il soggetto con l'oggetto della conoscenza (Chiari, Nuzzo, 2006). La terapia di gruppo è capace di favorire un processo di interdipendenza tra la vita, la conoscenza e l'identità (Chiari, 2016, p. 8).

Il conduttore del gruppo è esso stesso parte integrante di un sistema, il cui ruolo non lo si può definire oggettivo, in quanto le sue descrizioni dei fatti, dei pensieri e dei sentimenti dell'altro sono esito della "natura costruttiva della conoscenza".

CLINICA E (È) RICERCA

Il monitoraggio clinico ed empirico dei gruppi di psicoterapia – i risultati ottenuti, i fallimenti, i possibili drop-out – ha a che fare con l'etica della cura, in quanto può

prevenire il rischio di onnipotenza da parte del terapeuta, mettendo al centro il paziente. La psicodinamica dei gruppi necessita di riflessioni proprie che non siano estensione della psicologia individuale.

Solitamente i concetti clinici, o meglio pre-clinici, che si collocano al di fuori del dominio concettuale della teoria clinica, non si prestano ad essere “operazionalizzati”. Alla psicodinamica dei gruppi servirebbe una teoria capace di definire e di orientarsi sulla base di alcuni punti: come funziona il processo; quali sono i meccanismi specifici coinvolti; quali fattori incidono su tali meccanismi e come sono in grado di influenzare la dinamica complessiva; quali operazioni e condizioni legate al setting sono necessarie per mobilitare questi fattori (Salvatore, 2011)⁶. La scarsità di dati empirici sulle terapie di gruppo psicodinamiche è perlopiù attribuibile alla “complessità” del disegno di ricerca da organizzare per poter osservare e discutere delle numerose variabili presenti in un simile campo terapeutico (Giordano, Giannone, 2011).

Questa disciplina così complessa e in dialogo con altre discipline genera un ribaltamento della relazione tra teoria e ricerca, per cui

l’alternativa non è l’aprirsi al dato esperienziale, ma adottare – generalmente in modo irriflessivo – il senso comune come fonte di costruzione/riduzione della dimensionalità dell’oggetto (Salvatore, 2011, p. 32).

Un’operazione di “clanicizzazione della ricerca” potrebbe, allora, consistere nel tentativo di trasformare la ricerca in una meta-ricerca in grado di generare riflessioni innanzitutto su se stessa: la ricerca, se non vuole rischiare di tradursi in mero esercizio accademico, necessita costantemente di uno sguardo critico sui dati che produce; lo stesso vale per la clinica la quale, senza un confronto costante con la ricerca, va incontro al rischio di diventare autoreferenziale e chiusa in se stessa (Giordano e Di Blasi, 2019). Se il dialogo tra ricerca e clinica risulta proficuo, perché continua a persistere uno scarto tra di esse, specie nell’ambito della psicodinamica dei gruppi? Vi sono due componenti da tenere in considerazione: quella oggettiva e quella soggettiva. La componente oggettiva riguarda le difficoltà metodologiche che subentrano quando si ha a che fare

⁶ L’articolo “Considerazioni intorno alla ricerca sulla psicoterapia di gruppo e il suo sviluppo” di Sergio Salvatore (pp. 22-35) è inserito all’interno della raccolta degli Atti del Seminario Nazionale tenuto nel 2011 dalla C.O.I.R.A.G., a cura di Gasseau e Gullo, per discutere intorno al tema “La ricerca empirica in psicodinamica di gruppo”.

con la creazione di un progetto di ricerca, in special modo quando ci riferiamo a psicoterapie di gruppo ad orientamento analitico di lungo termine; la componente soggettiva riguarda invece l'atteggiamento del clinico che fatica ad accogliere il contributo della ricerca, correndo frequentemente il rischio di scivolare nell'autoreferenzialità (Formica, 2006). Ciò può derivare dal contatto quotidiano con la profonda sofferenza del paziente che, in casi frequenti, induce il clinico a una ricerca di rassicurazioni più facilmente accessibili nella teoria e nel conosciuto della stanza d'analisi, piuttosto che spingerlo a rivedere e a ripensare i riferimenti epistemologici, le prassi e le ipotesi metodologiche (Nosè, 2006).

CAPITOLO 2

Materiali e metodi. “Gruppo Obiettivi” e analisi delle interazioni

SULLE ISTITUZIONI

Un *gruppo in una istituzione* è da intendere come – seguendo Bleger – *un insieme di individui che interagiscono e condividono certe norme per la realizzazione di un compito* (Bleger, 1989). In un certo modo, secondo la psicologia istituzionale, il gruppo è una forma di socialità che si stabilisce a partire da una condizione di *sincretismo* o *simbiosi*, intesa come strati della personalità che si ritrovano in ogni istituzione, organizzazione e funzionamento di gruppo e sono difficili da rilevare poiché connessi a una comunicazione di tipo preverbale. Sempre secondo Bleger, in ogni gruppo è presente, a livello fenomenico, un tipo di relazione che è una “non-relazione”, una “non-individuazione”, una mancata delimitazione tra corpo e spazio, tra io e altro che funge da matrice di base di qualsiasi gruppo. A questo proposito è necessario accennare al concetto di *io gruppale*, con il quale si intende *il grado di organizzazione, di ampiezza e di integrazione dell'insieme delle manifestazioni comprese in ciò che chiamiamo verbalizzazione, motricità, azione, giudizio, ragionamento, pensiero, ecc.* (Bleger, 1989, pp. 64-67).

Nel gruppo vi è una costante “transitività” alla quale è sottoposto, inevitabilmente, anche il terapeuta, immerso nelle medesime dinamiche dei membri. Uno dei rischi a cui i partecipanti dei gruppi terapeutici possono andare incontro sono connessi ad una prevalente condizione di “coesione”, la quale potrebbe sfociare in una eccessiva fusione e dipendenza dall'altro con una conseguente perdita delle differenze soggettive.

Diverse sono le definizioni che vengono attribuite al concetto di “istituzione”: essa può essere intesa come una “forma sociale stabilita” (l'istituto) oppure sulla base dei “processi con cui una società si organizza” (l'istituente) (Hess, 2015).

Quando si ha a che fare con i gruppi ci si ritrova davanti a una istituzione complessa in cui subentrano forze tra loro opposte, talune che operano in direzione di conservazione, talaltre che spingono verso il cambiamento. L'istituzione è costituita a sua volta da un insieme di istituzioni, attuali o virtuali. Per via di questa complessità intrinseca, è importante tenere a mente che il gruppo terapeutico, per potersi dire tale, non deve smettere di esercitare la sua funzione di "processo": in questo modo si può cercare di evitare che si trasformi in un "gruppo antiterapeutico" estremamente burocratizzato le cui tendenze vanno verso la scissione e la chiusura al cambiamento⁷. Una istituzione, quindi, se non è costantemente sottoposta a monitoraggio, a supervisione e a processi di cambiamento, potrebbe addirittura impedire al gruppo di funzionare, e al tempo stesso il gruppo potrebbe compromettere il funzionamento dell'istituzione (Anzieu, 2020).

I principi riabilitativi della "recovery"

Secondo Prochaska et al. (1992), l'utente psichiatrico mette in atto un processo di cambiamento non attraverso una modalità lineare ma secondo una progressione che si articola in cinque stadi:

- stadio della pre-contemplazione: l'utente non ha intenzione di cambiare, mette in atto meccanismi difensivi quali la rimozione, la negazione, non ammette l'esistenza di un disadattamento o di una difficoltà;
- stadio della contemplazione: l'utente è consapevole che esiste un problema e comincia ad indagare su come risolverlo, ma non è ancora sufficientemente motivato da intraprendere un'azione);
- stadio della preparazione: l'utente inizia ad esprimere l'intenzione di intraprendere le azioni necessarie al cambiamento;
- stadio dell'azione: fase in cui l'utente modifica concretamente il suo modo di essere e anche la percezione soggettiva della difficoltà e/o ambiente in cui sono inseriti;

⁷ Un gruppo terapeutico, per essere tale, deve stare attento a non cadere in una eccessiva "burocratizzazione", dove per burocrazia Bleger intende quella organizzazione in cui "i mezzi si trasformano in fini e in cui si lascia da parte il fatto di essere ricorsi a dei mezzi per raggiungere degli obiettivi o dei fini determinati" (ivi, p. 74).

- stadio del mantenimento: l'utente consolida i risultati ottenuti con l'azione fino a quando il nuovo comportamento non sostituisca quello disfunzionale (Carozza, 2006).

Come ha avuto modo di osservare e sperimentare la conduttrice nel corso della sua attività l'utente che viene inserito al Centro Diurno Riabilitativo risulta trovarsi, nella maggioranza dei casi, tra lo stadio della contemplazione – in cui è consapevole che esiste un problema, ma non è ancora sufficientemente motivato – e lo stadio della preparazione, per cui l'utente risulta motivato al cambiamento e inizia ad esprimere l'intenzione di intraprendere le azioni che possono condurre ad esso. Nonostante l'utente sottoscriva l'accordo di inserimento al Centro Diurno Riabilitativo e l'adesione al progetto terapeutico, è possibile riscontrare situazioni in cui l'inserimento nel Centro può risultare prematuro, portando l'utente a sperimentare sentimenti ambivalenti, scissioni, frustrazioni e timore verso il futuro. Ciò si può manifestare – proseguendo con l'esperienza clinica ed empirica della psicoterapeuta – ad esempio non presentandosi al Centro o arrivando in ritardo, partecipando solo parzialmente alle attività proposte e mettendo in atto comportamenti disfunzionali e socialmente inadeguati, che costringono gli operatori ad una rivalutazione e modificazione dell'intervento riabilitativo (Bisagni, 2017).

Questo processo di modificazione si fonda sui principi teorico-applicativi propri della riabilitazione psichiatrica che va sotto il nome di “recovery”. Il termine “recovery”⁸ compare per la prima volta negli anni '80, in sinergia con i movimenti basagliani dell'epoca e con la rivoluzione apportata dalla psichiatria democratica. L'intento, teorico e pratico, consisteva nel favorire il superamento di uno stato di emarginazione e di incuria, ponendo gli individui – malati mentali e non – sul medesimo piano dei diritti umani e sociali. Con tale termine si intende un processo di “guarigione” inteso come un cambiamento soggettivo che coinvolge i vari aspetti dell'identità della persona, come i valori, gli obiettivi, le conoscenze, le abilità, i ruoli e l'immagine di sé. Il processo di

⁸ È interessante venire a conoscenza del fatto che il termine “recovery” sia stato formulato non da clinici ma dagli stessi utenti psichiatrici, secondo i quali “riprendersi” significa sviluppare, passo dopo passo, nuovi significati esistenziali e nuovi propositi. La “recovery” non implica una riduzione dei sintomi propri di una specifica patologia psichiatrica, ma permette, a partire da essa, lo sviluppo di potenzialità personali.

cambiamento è incentrato principalmente sull'apprendimento di abilità sociali e lavorative in grado di favorire il raggiungimento del livello più alto di soddisfazione e di autonomia all'interno del proprio ambiente di vita.

La guarigione – sulla base del Metodo Spivak e dei principi della Scuola di Boston, ai quali tutto il personale fa riferimento – comporta una crescita globale capace di andare oltre gli effetti, spesso stigmatizzanti ed emarginanti, che derivano dalla complessa condizione esistenziale e sociale della malattia mentale. Per ogni singolo utente viene pensato e realizzato un progetto personalizzato che ha lo scopo di accompagnarlo nel processo di reinserimento sociale e di fornirgli le strategie di coping più utili per affrontare le sfide della vita che man mano incontrerà nel suo percorso (Carozza, 2006). Inoltre, sono stati somministrati alcuni questionari sia agli utenti che agli operatori per svolgere il monitoraggio del processo terapeutico.

IL “GRUPPO OBIETTIVI”

Il “Gruppo Obiettivi” preso in esame in questa ricerca afferisce al Centro Diurno Riabilitativo “Attivamente”, istituzione che fa parte della Società Cooperativa Sociale Polis Nova di Padova nata nel 1985⁹, che si rivolge ad utenti con disabilità sociali, relazionali e lavorative connesse alla malattia mentale. Tali utenti provengono da diversi Centri di Salute Mentale afferenti all’Azienda Ulss 16 di Padova e alle Aziende Ulss limitrofe, da inizio 2017 Ulss 6 Euganea.

Oggetto di questo studio è il gruppo terapeutico chiamato “Gruppo Obiettivi”, un gruppo omogeneo a tempo limitato per il quale sono stati selezionati e individuati 13 utenti psichiatrici che frequentano il Centro Diurno Attivamente della Cooperativa Polis Nova. Fino a inizio marzo 2020 il Gruppo aveva l’abitudine di trovarsi regolarmente nella apposita sala gruppi del Centro Diurno di Salute Mentale, ma a causa dell’emergenza sanitaria legata al Covid-19 è stato necessario chiudere il Servizio e pertanto interrompere il gruppo. Vista la situazione del tutto inaspettata la conduttrice si è trovata davanti a due interrogativi: aspettare che tutto finisse, senza sapere come e

⁹ <https://www.gruppopolis.it/wp-content/uploads/2023/02/Carta-dei-servizi-Polis-Nova-2023.pdf>

quando, oppure trovare il modo di reinventarsi così da dare continuità al lavoro di gruppo precedentemente iniziato.

Tenendo bene in considerazione le norme del Codice Deontologico¹⁰ in materia di terapie erogate in modalità telematica, la psicoterapeuta ha così deciso di tentare di far proseguire il Gruppo attraverso l'uso del cellulare e in particolar modo tramite l'applicazione di WhatsApp, ritenuto tra gli strumenti più accessibili. Alcuni utenti non provvisti di telefono cellulare hanno partecipato al Gruppo recandosi al Centro sotto il supporto della Coordinatrice che metteva a disposizione il telefono del Servizio. Nella seconda parte dell'anno sono stati dimessi dal Centro tre utenti, mentre una ha fatto richiesta di voler continuare il percorso. Anche nella seconda parte dell'anno i membri hanno partecipato proficuamente al Gruppo portando temi più concreti/esecutivi riguardanti il raggiungimento degli specifici obiettivi e temi più profondi inerenti il proprio vissuto.

Il “Gruppo Obiettivi” è stato condotto in modalità “chat-based” per un periodo che va da marzo 2020 a dicembre 2020 le cui sedute si sono svolte online con cadenza settimanale (solitamente il mercoledì) della durata di un'ora e quindici minuti circa, con un ultimo incontro di chiusura, avvenuta tramite piattaforma Zoom, che è consistita nella “restituzione” da parte del terapeuta agli utenti prevista per gennaio 2021.

Nonostante alcune difficoltà iniziali, i partecipanti si sono adattati a questa nuova modalità e sono riusciti a proseguire il Gruppo con un atteggiamento attivo e con costanza, scambiandosi opinioni, supportandosi sulla situazione delicata scaturita della pandemia e sia interagendo con la terapeuta che fra di loro facendo uso della chat. Le difficoltà iniziali consistevano perlopiù nel riuscire a sapere chi era presente all'incontro, a capire di cosa si stesse parlando, per cui la conduttrice ha apportato alcuni accorgimenti come un promemoria del giorno prima della seduta e l'appello iniziale ad ogni incontro così da far percepire un setting nonostante l'ambiente virtuale e meno strutturato rispetto a quello in presenza.

Da parte della terapeuta è stato quindi possibile lavorare sugli obiettivi specifici di ciascun utente, ma anche su un piano più astratto metaforico e simbolico riguardante la dimensione dei sogni, delle fantasie, delle immagini. Oltre alla terapeuta/conduttrice era

¹⁰ <https://www.psy.it/la-professione-psicologica/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani/>

presente una tirocinante-psicologa con funzione di osservatrice/verbalizzante e una operatrice del Centro Diurno. Il progetto di tale Gruppo viene condiviso dalla terapeuta con l'intera equipe di lavoro, il quale viene sottoposto a supervisione settimanale da professionista esterno. Sarà infine prevista una restituzione finale in cui si condivide l'andamento del Gruppo con gli operatori. Il Gruppo Obiettivi è organizzato secondo una tipologia di gruppo "semi-aperto e a lungo termine", dove il conduttore si ritrova a gestire il vissuto del gruppo nella fase delicata di inserimento di nuovi membri e di uscita di membri che hanno terminato il percorso o fatto "drop out". Tale tipologia di gruppo permette a ciascun utente di compiere il percorso sulla base del tempo che percepisce come più appropriato, permettendo "l'uscita differenziata" ma anche "l'entrata personalizzata", in modo tale che nel trascorrere del tempo il gruppo saranno presenti pazienti che sperimentano uno stadio diverso della propria terapia seppur all'interno di un medesimo processo di gruppo attuale (Silvestri, p. 9, 2012).

Il Gruppo Obiettivi nasce a partire da un'analisi dei bisogni e delle competenze degli utenti frequentanti il Centro, dalla quale emerge la percezione che l'utente aderisca in modo passivo al percorso e che ci sia una forte ambivalenza tra desiderio di autonomia e bisogno di dipendenza dagli altri. Come riportato dalla conduttrice, i partecipanti si conoscono poco e da questo gruppo è possibile percepire la fatica che essi fanno nel riconoscere ed accettare i propri limiti, così come i sentimenti di svalutazione, di paura, di timore del giudizio e delusione tendono ad essere poco espressi. Si riscontra, inoltre, la difficoltà ad ascoltare l'altro e ad esporre un proprio pensiero, con la tendenza ad attendere un intervento di facilitazione dell'interazione da parte del terapeuta. A metà della durata del gruppo ci si prefigge come obiettivo la capacità di interagire e di legare maggiormente tra i membri con la necessità di rivolgersi di meno verso il terapeuta/leader. A fine percorso si auspica che gli utenti riusciranno a verbalizzare sempre più il proprio obiettivo tenendo meno in considerazione le aspettative adottando un approccio più coerente alla realtà che tenga conto dei propri limiti e delle proprie risorse.

Obiettivi condivisi

Ogni utente frequentante il Centro Diurno partecipa al Gruppo Obiettivi sulla base di un progetto terapeutico personalizzato contenente alcuni specifici obiettivi da raggiungere

grazie alla partecipazione alla chat-based therapy. Tra gli obiettivi condivisi dalla maggior parte dei utenti vi rientra la capacità di riuscire ad acquisire maggiore consapevolezza del proprio percorso riabilitativo, verificata anche attraverso un'accresciuta padronanza nel riconoscere e nell'esprimere i personali obiettivi riabilitativi. Inoltre, scopo di questo gruppo è stato promuovere e verificare – attraverso un costante monitoraggio effettuato somministrando periodicamente questionari – i cambiamenti che possono scaturiscono dal processo terapeutico. Tali cambiamenti sono intesi nei termini di: incremento di consapevolezza rispetto al percorso riabilitativo, maggiore comprensione ed espressione degli obiettivi quotidiani e a lungo termine, presenza di motivazione durante il percorso e sviluppo di una percezione di benessere. Alla base di questo lavoro vi è l'idea che il gruppo possa essere per i partecipanti l'inizio di un processo trasformativo e formativo capace di orientare l'utente in direzione di cambiamento. Nel capitolo sui “risultati” si è cercato, inoltre, di indagare il possibile contributo derivante dalla presenza e dalla partecipazione al Gruppo ai fini della realizzazione degli obiettivi.

La conduzione del gruppo avviene da parte di una psicologa sulla base di un modello teorico di tipo gruppo-analitico il quale prevede una discussione su un tema libero proposto da un utente, nonostante il tema generale di questo Gruppo riguardi, appunto, gli obiettivi riabilitativi specifici per ciascun partecipante.

L'ultimo incontro si è svolto sulla piattaforma Zoom – al quale strumento si è preferito l'uso della chat di WhatsApp per le 38 sedute in quanto maggiormente accessibile da parte degli utenti del Centro Diurno – permettendo ai partecipanti di potersi rivedere dopo un lungo periodo. Tutti gli utenti hanno riconosciuto l'importanza che il Gruppo ha rivestito in un periodo così complesso come quello della pandemia, fungendo da punto fermo nonostante le mutevoli variabili. “Vedere scritti i propri pensieri” ha fatto paura, ma una volta superate le resistenze iniziali e la paura per l'ignoto, questo Gruppo in modalità online ha permesso agli utenti di raggiungere ugualmente i propri obiettivi personali e di acquisire maggiore consapevolezza riguardo a quegli aspetti che in passato avevano compromesso un esito positivo del percorso. Tutti i partecipanti hanno dato disponibilità a proseguire anche l'anno successivo, se possibile secondo la modalità in presenza.

I partecipanti

Al Gruppo Obiettivi online del mercoledì i partecipanti sono: la psicoterapeuta, l'operatrice del Centro Diurno, l'osservatrice e i 13 utenti. Gli utenti membri del gruppo sono adulti frequentanti, in maniera più o meno continuativa, il Centro Diurno Attivamente, i quali presentano una tipologia di funzionamento psichico perlopiù borderline e psicotico di tipo:

- **medio**, per la quale l'utente presenta un Io regredito non gravemente, contatto con la realtà mantenuto, ma non in modo costante, qualche difficoltà nel contenimento dell'ansia, assenza di disturbi percettivi, eventuali disturbi del pensiero non gravemente disorganizzanti o isolanti;
- **basso**, per la quale l'utente presenta un Io molto regredito, scarso contatto con la realtà, utilizzo di meccanismi di difesa primitivi, scarsa capacità di contenimento dell'ansia e presenza di disturbi della percezione e del pensiero. Le diagnosi sono state effettuate dai medici psichiatri del Csm di appartenenza integrate poi dai professionisti del Centro Diurno e dai risultati dei questionari somministrati.

La categoria di funzionamento **alto** – volta a indicare la presenza di un Io non regredito, la capacità di mantenere il contatto con la realtà e l'assenza di disturbi del pensiero – viene attribuita unicamente alla terapeuta e agli operatori.

Per ogni singolo utente del Centro gli operatori hanno pensato congiuntamente a un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, stilato a partire da un'accurata anamnesi, sulla base della diagnosi funzionale, del livello di funzionamento e in seguito a una valutazione delle difficoltà e delle potenzialità del singolo paziente (vedi **tabella n. 2** in Appendice¹¹).

METODOLOGIA DELLA RICERCA: ANALISI DELLE INTERAZIONI

Le interazioni che si sono susseguite nel corso di 38 sedute (la prima è del 18 marzo 2020, l'ultima del 15 dicembre 2020, cui seguirà la restituzione della terapeuta a

¹¹ Le informazioni riportate in tabella sono anonime ai fini del rispetto della privacy e sono state messe a disposizione della terapeuta del Centro Diurno ai fini della ricerca.

gennaio 2021) sono state analizzate da Francesca e da Carlotta attraverso un procedimento di costante confronto e discussione scientifica del materiale e dei metodi utilizzati e scelti da parte di entrambe. Le interazioni ricavate dalla Chat-based therapy in un primo momento sono state inserite, una per una, all'interno di una tabella Excel e poi, successivamente, analizzate sulla base di alcune definizioni scelte in seguito a diversi momenti di confronto avvenuti tra il professore Silvestri, Guglielmo, Carlotta e Francesca. Più dettagliatamente Francesca si è occupata dell'analisi interazione n. 2, 3, 8, 10, 11, 25, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 37, 38 e della restituzione finale, mentre Carlotta si è occupata di prendere in esame le sedute n. 1, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32.

Complessivamente le interazioni che si svolte nel corso delle varie sedute sono 7867, le quali sono state inserite all'interno di una tabella Excel comprendente vari fogli di lavoro dove vengono indicati: i partecipanti (1 terapeuta, 1 operatrice, 1 osservatrice, 12 utenti); le definizioni utilizzate per la categorizzazione delle interazioni; il testo delle interazioni e le varie tabelle Excel in cui vengono analizzate quantitativamente il numero delle interazioni, le direzioni delle interazioni, il tipo di contenuto, il confronto delle analisi delle interazioni effettuate da Francesca e da Carlotta (di cui si è occupata più specificatamente Carlotta).

Per descrivere l'evoluzione del processo di cambiamento che è scaturito per ogni membro dal percorso terapeutico si è pensato di suddividere le 38 sedute in tre macro-fasi, costituite da 12 sedute ciascuna, da noi suddivise in tre tempi, ovvero T1, T2 e T3. In seguito ad alcune riflessioni si è pensato fosse più idoneo, ai fini della ricerca, non prendere in esame la prima e la seconda seduta in quanto sono servite alla terapeuta per costituire il nuovo setting gruppale online.

Dalle interazioni si è potuto riscontrare come in questi primi incontri di Chat-based therapy la psicoterapeuta abbia cercato di ristabilire i confini, i tempi e gli spazi del nuovo assetto, inizialmente risultato fonte di disorientamento e confusione da parte dei partecipanti, alcuni dei quali erano abituati a partecipare al Gruppo Obiettivi in presenza già da qualche anno. Nella fase di avvio la conduttrice si è trovata a dover ridefinire i confini di questo nuovo spazio terapeutico. Per questi motivi si è pensato di classificare questi primissimi incontri sotto la dicitura NL, "no limit", in cui non è stato ancora definito un confine chiaro per la seduta e vi è la necessità di stabilire nuove regole che

possano delineare ciò che accede dentro e fuori dal tempo e dallo spazio prettamente terapeutico. Per le sedute successive è stata utilizzata la classificazione “IN” per le interazioni che si sono svolte all’interno del limite temporale della seduta, e “OUT” per i messaggi emessi fuori dal contesto terapeutico, indipendentemente da chi li ha prodotti.

La prima fase, detta “fase di avvio” (T1), riguarda le sedute dalla 3 alla 14; la seconda fase prende in esame quella che abbiamo definito “fase intermedia” (T2) del percorso terapeutico gruppale e riguarda le sedute che vanno dalla 15 alla 26; la “fase conclusiva” (T3) prende in considerazione le sedute dalla 27 alla 38. Tale suddivisione in tre tempi di svolgimento si è rivelata utile nella fase di analisi dei risultati della ricerca per poter effettuare dei confronti tra i diversi tempi della Chat-based therapy gruppale sia in termini quantitativi che qualitativi e per poter verificare la presenza di eventuale evoluzione tra di essi. Inoltre, tale suddivisione è stata adottata anche per quanto riguarda l’analisi dei questionari somministrati agli utenti in tre tempi diversi nel corso della durata della terapia gruppale.

Funzioni e contenuti

Dopo numerose riflessioni collettive su come poter classificare le interazioni svolte nel corso di 38 sedute si è ritenuto importante procedere introducendo ulteriori distinzioni, oltre a quelle inerenti ai confini della seduta: funzione prevalente e tipo di contenuto.

Per quanto riguarda le funzioni, prendendo spunto dalla teorizzazione effettuata dall’antropologo Bock (1978), abbiamo analizzato le interazioni sulla base della presenza di tre diverse funzioni a cui adempie ciascun gruppo:

- *funzione di controllo* (control function): funzione riguardante l’orientamento del gruppo verso il mantenimento della propria struttura interna e dei propri confini, intesa come elaborazione e rispetto delle norme che regolano l’appartenenza e la partecipazione al gruppo ed eventualmente la possibilità di venirse accolti o espulsi;
- *funzione esecutiva* (task function): riguardante l’orientamento del gruppo a produrre a produrre un effetto fisico, biologico, psicologico o sociale sulla

propria realtà, impegnandosi nello svolgimento di un compito appropriato allo scopo come esplorare un problema, prendere una decisione, esercitarsi a compiere un'azione, raggiungere un obiettivo, etc.;

- *funzione espressiva* (expressive function): riguarda l'orientamento del gruppo verso i bisogni psicologici dei propri membri, inclusi quelli derivanti dall'essere impegnati nelle altre due funzioni fondamentali.

Per quanto concerne il tipo di contenuto, in seguito all'emergere di alcune categorie concettuali che ricorrevano nel corso degli incontri è stata ritenuta opportuna la seguente suddivisione:

- *altro*: può riguardare i saluti, frasi fatte, rinforzi, consigli, frasi di circostanza senza emozioni o affetti manifesti;
- *fatto*: concerne un'azione avvenuta in uno specifico momento, così come la descrizione di una condizione, ad esempio "stare male". Non vi è nessuna elaborazione e coinvolgimento e si richiede un alto grado di impersonalità;
- *comunicazione*: riguarda un'informazione, una comunicazione di servizio, l'intenzione di comunicare qualcosa di sé all'altro, di condividere. Ha valenza psichica, ad esempio "sto male/bene";
- *emozione/affetto*: riguarda l'espressione di un desiderio, di uno stato d'animo legato a qualcosa, che sia intenzionale. Esso può essere manifestato tramite parole e attraverso l'uso di "emoticons";
- *sogno/fantasia*: riguarda la presenza di contenuti, simboli, immagini, metafore proprie del "mondo interno";
- *interrogazione*: riguarda una richiesta di spiegazione migliore e più accurata che può essere rivolta al gruppo, al terapeuta o a sé stesso;
- *riformulazione*: riguarda la chiarificazione di ciò che è stato detto con parole diverse, si tratta di una recensione o riassunto;

- *interpretazione*: riguarda il contributo che una persona dà a un'altra tramite l'operazione del mettere ordine e senso, dello svelamento e dell'aprire delle possibilità.

Per un maggiore approfondimento delle categorie sopra descritte si rimanda il lettore allo studio empirico condotto dal Dott. Bischetti Guglielmo e dalla Dott.ssa Possa Carlotta. All'interno di questo lavoro di tesi si è ritenuto opportuno focalizzarsi sugli indicatori adottati per valutare il grado di adesione al compito riabilitativo.

CAPITOLO 3

I Questionari: Group Questionnaire GQ-30, Outcome Questionnaire OQ-45.2, Life Skills Profile LSP

Sociometry reveals the “psychological geography” of a group.

THAYER, 2012

GLI STRUMENTI PSICOMETRICI

Diversi sono i questionari che si sono occupati di indagare il rapporto tra processo di gruppo ed esiti, i quali vanno sotto il nome di “Therapeutic Group Process measures”. Alcuni tra i più utilizzati sono: “The Group Cohesivness Scale” (Wongapakaran et al., 2014), “Therapeutic Factor Inventory” (Joyce et al., 2011), “Group Cohesion Scale” (Treadwell at al., 2001), “Group Attitude Scale” Evan e Jervis, 1986), “Curative Climate Instrument” (Fuhriman et al., 1986) e “The Scale for Evaluation of Group Counseling” (Murillo et al., 1981).

Vi sono poi altri questionari definiti “Overall Group Process” che indagano l’esperienza di gruppo sia a livello positivo che negativo, come ad esempio: “Factors Aspecific and Specific in Group Therapy” (Marogna e Caccamo, 2014), “Sociale Exchange Scale” (Brown et al., 2014), “Group Climate Questionnaire” (MacKanzie, 1981) e “Group Questionnaire” (Kroegel et al., 2013).

La maggior parte dei questionari si basa su una Scala Likert a 5 o a 7 punti e il numero di items va perlopiù da 4 a 79. Questi strumenti sono sviluppati sulla base di differenti teorie psicologiche di riferimento e vengono somministrati sia a una popolazione clinica che non-clinica.

Agli utenti che hanno frequentato il Gruppo Obiettivi nel corso dell’anno 2020 sono stati somministrati, a cadenza semestrale, alcuni questionari di autovalutazione e di eterovalutazione a completamento della valutazione dell’andamento del singolo utente, della percezione del suo funzionamento all’interno della situazione grupitale e della

presenza di sintomi patologici: Group Questionnaire (GQ-30), Outcome Questionnaire (OQ-45.2), e Life Skills Profile (LSP), compilato dagli operatori.

Attraverso i punteggi che gli utenti hanno dato ai questionari, prevalentemente quelli dati al GQ-30, lo studioso ha potuto analizzare la correlazione, ed un suo eventuale cambiamento, tra l'alleanza di lavoro e il legame positivo/negativo sviluppato tra i singoli membri e il terapeuta, tra i membri e tra i membri e il gruppo in quanto tale. Tale studio empirico ha tentato di verificare la possibile presenza di una connessione tra diversi elementi relazionali presenti in gruppo e le loro connessioni con il fattore terapeutico della coesione e della coerenza.

Group Questionnaire: uno sguardo alla letteratura

Il Group Questionnaire rientra tra i questionari self-report che sono stati somministrati a intervalli temporali agli utenti del Centro Diurno. Il monitoraggio periodico che si effettua attraverso strumenti psicometrici rientra in quello che viene definito sistema ROM, "routine outcome monitoring", riconosciuto dall'APA come pratica evidence-based necessaria per monitorare il progresso del paziente, ricevere feedback e poter pensare a un'eventuale revisione del trattamento. (Burlingame et al., 2018). La pratica evidence-based non intende affatto sostituirsi alla valutazione del clinico, ma è da intendersi come un apporto aggiuntivo (Griner e Beecher et al. (2018).

La versione del Group Questionnaire GQ-30 di Kroegel et al. (2013) risulta di gran lunga la più adatta per i ricercatori che intendono indagare il processo di gruppo nella sua complessità. La validità di tale questionario risale al solido modello teorico sulle relazioni gruppali al quale Johnson et al. fecero riferimento. Il GQ presenta una buona coerenza interna e una buona validità di costrutto (Orfanos et al., 2020, p. 442), i cui risultati sono in linea con quelli rilevati da Burlingame.

Il Group Questionnaire viene spesso somministrato simultaneamente ad altri questionari che intendono misurare la struttura delle relazioni nella terapia di gruppo, le alleanze e le eventuali rotture, spesso trascurate rispetto alle prime (Burlingame et al., 2021).

Di seguito si riportano gli sviluppi a cui il GQ è andato incontro nell'arco di alcuni anni, contribuiti che sono serviti per avvicinarsi a una definizione più chiara di ciò che si intende con "relazione terapeutica nel trattamento di gruppo", uno dei fattori terapeutici tra i più capaci di generare cambiamento (Thayer, 2012):

- *Johnson et al. (2005)*: introducono la struttura a tre fattori (“legame positivo”, “alleanza di lavoro” e “relazioni negative” che esistono tra membri e tra membri e leaders) replicata con successo in una popolazione US facendo uso del GQ, la quale stabilisce la validità del questionario. Conflitto, coesione e impegno sono capaci di prevedere l’esito del processo e rappresentano la relazione membro-gruppo.
- *Bakali et al. (2008)*: il setting coinvolto nello studio riguarda 20 sessioni psicodinamiche e 80 sessioni psicodinamiche; il modello a tre fattori risulta il più adeguato.
- *Bormann and Strauss (2007)*: GQ somministrato a pazienti di ospedali psichiatrici della Germania e della Svizzera, vi sono differenze a livello di item rispetto al modello di Johnson ma il modello a tre fattori risulta il più adatto.
- *Kroegel (2013)*: introduce il GQ con 30 items, il setting clinico riguarda due US Counselling Centers, processi non-clinici di gruppo sempre in US, e in condizioni di ricovero ospedaliero.
- *Bormann et al. (2011)*: fa riferimento al GQ con 30 items, il setting di riferimento riguarda 9 ospedali psichiatrici in Germania e segue il modello di Kroegel, stabilisce criteri di validità del GQ.
- *Chapman et al. (2012)*: GQ a 30 item, 1 centro US e pazienti ricoverati; i clinici non sono capaci di predire lo stato dell’OQ e GQ dei membri del gruppo;
- *Thayer and Burlingame (2014)*: GQ a 30 items, il setting clinico riguarda 4 Centri di consulenza US, 1 CMHC, replicano il modello di Kroegel basandosi su criteri di validità supportati dalle originarie misure utilizzate da Johnson.

Come riportato a livello schematico sopra, la coerenza interna del GQ a 30 items è stata stimata all’interno di tre studi: quello di Bormann et al. del 2011; quello di Kroegel del 2013; quello di Thayer e Burlingame del 2014. Le diverse repliche del modello di Johnson attuate attraverso diverse popolazioni cliniche hanno permesso di rendere più chiara la definizione della relazione terapeutica all’interno di un setting di gruppo e lo

stabilirsi di criteri di validità. Come emerge dal lavoro di Thayer, il modello a tre fattori di Johnson è stato replicato con successo nella popolazione degli Stati Uniti, favorendo la definizione di costrutti di validità del GQ. Inoltre, il GQ risulta correlare in maniera significativa con le misure che derivano da esso, stabilendo lo stesso criterio connesso alla validità.

IL GQ-30

Il GQ, nella versione finale a 30 item, è stato ideato da un team di tre clinici-ricercatori esperti in ambito di psicologia dei gruppi afferenti alla Brigham Young University e si basa sul modello di Johnson, Burlingame et al. del 2005 per il quale erano previsti originariamente 60 item, con una Scala Likert a 7 punti. Solitamente il Group Questionnaire viene compilato usando carta e penna o online in seguito a una seduta di psicoterapia o comunque prima di quella successiva e richiede cinque minuti di tempo.

Nella versione online dello strumento vi è il vantaggio di avere sia rappresentazioni numeriche che grafiche del tipo di legame (positivo, alleanza e relazioni negative) per ogni partecipante. Il GQ-30 è l'unica misurazione del processo di gruppo capace di generare alert che indicano il deterioramento della qualità della relazione (Jensen e Burlingame, 2018). Attraverso la lettura dei punteggi e la presenza di un alert che segnala un eventuale superamento del cut-off il conduttore può verificare l'andamento delle relazioni, se stanno crescendo o se si stanno deteriorando nel corso degli incontri. Questi "alerts" si possono scorgere attraverso un cambiamento di colore del testo (verde o rosso) e tramite simboli, quali sorrisi o la comparsa di un volto accigliato. Il rosso indica un significativo calo nelle relazioni positive e nell'alleanza (pari al 10 percentile) o un aumento nelle relazioni negative (90 percentile). Il verde, invece, indica l'opposto, ovvero un aumento per quanto riguarda le relazioni positive e l'alleanza terapeutica (90 percentile) e un calo nelle relazioni negative (10 percentile). Alcuni terapeuti osservano e commentano i punteggi all'interno del gruppo, altri preferiscono farlo al di fuori del setting (Griner and Beecher et al., 2018, p. 197).

Il modello di Johnson prende avvio da 2005 studi. Come scritto nell'articolo di Kroegel et al. (2013) in questo studio sono state testate sei ipotesi:

- 1) il modello di Johnson permette un buon adattamento dei dati attraverso il GQ;

- 2) le sottoscale rappresentano aspetti positivi e negativi della relazione terapeutica che correlano positivamente o negativamente con altri costrutti;
- 3) le direzioni di direzione membro-membro, membro-leader e membro-gruppo sono necessarie per il modello per consentire un buon adattamento dei dati, a tal punto che se esse vengono rimosse il modello non presenta più un buon adattamento;
- 4) questo modello permette un buon adattamento dei dati di tre popolazioni (centro di consulenza universitario, grave malattia mentale e popolazione non-clinica) quando sono analizzate separatamente;
- 5) differenze nello stile di risposta si possono riscontrare nelle tre popolazioni;
- 6) perfezionamento della misurazione in linea con la pratica di modellazione di equazioni strutturali accettata.

Agli utenti del Centro Diurno Attivamente è stato chiesto di compilare il questionario nella sua versione finale a 30 item pensando al gruppo nel suo insieme, scegliendo il punteggio su una scala Likert a 7 punti che va da 1 (“pochissimo”) a 7 (“moltissimo”), in base al grado di accordo con il contenuto dei vari items.

A differenza di altri strumenti, il GQ-30 si fonda su una teoria unificata della relazione gruppe attraverso l’individuazione di un modello a tre fattori proposto da Johnson et al. (2005), secondo il quale la relazione terapeutica gruppe è formata da tre componenti indagate da specifici items attraverso tre specifiche sottoscale:

- **Positive Bonding**, PB (cut-off < 60): legame positivo, che valuta la relazione affettiva, la coesione, il senso di appartenenza, l’attrattiva, il legame, l’empatia.

Gli item che indagano il Positive Bonding sono i seguenti 13:

- Item 9 “In questo incontro ho sentito che potevo fidarmi dei conduttori del gruppo”;
- Item 11 “Tra me ed i conduttori c’è rispetto reciproco”;
- Item 12 “Sento che i conduttori si prendono cura di me anche quando faccio cose che non approvano”;
- Item 16 “I conduttori sono cordiali e calorosi con me”;
- Item 10 “Gli altri membri del gruppo sono cordiali e calorosi con me”;
- Item 13 “Durante l’incontro di oggi ho sentito che potevo fidarmi degli altri membri del gruppo”;
- Item 14 “Tra me e gli altri membri del gruppo c’è rispetto reciproco”;

- Item 15 “Sento che i membri del gruppo tengono a me anche quando faccio cose che loro non approvano”;
 - Item 1 “I membri del gruppo lavorano e cooperano insieme in gruppo”;
 - Item 2 “I membri del gruppo si accettano l’un l’altro”;
 - Item 3 “Nonostante ci siano differenze il nostro gruppo mi fa sentire al sicuro”;
 - Item 4 “I membri del gruppo hanno cercato di comprendere il perché di ciò che fanno e di scoprirne le ragioni”;
 - Item 5 “I membri del gruppo hanno rivelato informazioni personali o sentimenti riservati”.
- **Positive Working Relationship**, PW (cut-off < 17): capacità di lavoro positiva, il grado in cui i membri del gruppo sentono di lavorare insieme verso obiettivi terapeutici reciprocamente concordati.

Gli item che esplorano la Positive Working Relationship sono 8:

- Item 23 “Sono d’accordo con i conduttori del gruppo sulle cose che ho bisogno di fare durante gli incontri di gruppo”;
 - Item 24 “I conduttori del gruppo ed io siamo d’accordo rispetto a ciò su cui è importante lavorare”;
 - Item 25 “Insieme ai conduttori del gruppo ho raggiunto una buona comprensione del tipo di cambiamenti che sarebbero utili per me”;
 - Item 26 “I conduttori del gruppo ed io stiamo lavorando insieme per raggiungere obiettivi concordati”;
 - Item 19 “Sono d’accordo con gli altri membri del gruppo sulle cose che ho bisogno di fare durante gli incontri di gruppo”;
 - Item 20 “Sono d’accordo con gli altri membri del gruppo rispetto a ciò su cui è importante lavorare”;
 - Item 21 “Io e gli altri membri del gruppo stiamo lavorando insieme verso obiettivi reciprocamente concordati”;
 - Item 22 “Ho raggiunto insieme agli altri membri del gruppo una buona comprensione del tipo di cambiamenti che sarebbero utili per me”.
- **Negative Relationship**, NR (cut-off > 34): tale sottoscala riguarda la relazione negativa, i fallimenti empatici con il conduttore e con tutto il resto del gruppo, gli attriti, la mancanza di fiducia e di comprensione.

Gli item che approfondiscono la “Negative Relationship” sono i seguenti 9:

- Item 17 “I conduttori sembrano non sempre avere cura di me”;
- Item 29 “A volte i conduttori del gruppo non sembrano essere del tutto sinceri”;
- Item 30 “I conduttori del gruppo non sempre capiscono come mi sento”;
- Item 18 “Non sempre gli altri membri del gruppo capiscono come mi sento”;
- Item 27 “A volte gli altri membri del gruppo non sembrano essere completamente sinceri”;

- Item 28 “Gli altri membri del gruppo non sempre sembrano avere cura di me”;
- Item 6 “Ci sono stati momenti di attrito e rabbia tra i membri del gruppo”;
- Item 7 “I membri del gruppo erano distanti e isolati gli uni dagli altri”;
- Item 8 “Ci sono stati momenti di tensione e ansia tra i membri del gruppo”.

Una teoria unificata delle relazioni di gruppo si è rivelata necessaria per prestare attenzione a: chi (membro, gruppo, conduttore), cosa (stiamo raggiungendo i nostri obiettivi) e come (valenza emozionale positiva e negativa) (Giannone et al., 2019, pp. 90-93).

I tre costrutti di relazione sopra descritti si pongono in relazione con i quattro costrutti di “qualità” più ampiamente studiati e misurati dagli esperti di gruppi, i quali a loro volta sono strettamente connessi tra di loro:

- **Coesione:** considerata uno dei fattori terapeutici maggiormente rilevanti nella terapia di gruppo, a tal punto che per alcuni studiosi essa diventa sinonimo del costrutto di “relazione terapeutica di gruppo”, motivo per cui risulta difficile poterne dare una definizione chiara ed esaustiva. Come si riscontra in alcuni item, alla coesione si tende ad associare il concetto di “supporto”, di “accettazione”, di “fiducia”, di “atmosfera positiva” e di “identificazione con i membri del gruppo”. La “coesione” è anche connessa al concetto di “alleanza terapeutica”, di relazione con gli altri membri del gruppo e del membro con il gruppo nel suo complesso. La presenza di tale fattore terapeutico risulta particolarmente necessario nelle prime fasi della costituzione del gruppo e correla positivamente con gli esiti della terapia e con il cambiamento.
- **Alleanza:** spesso comparata al costrutto di “coesione”; il costrutto di alleanza è tra i più studiati e può riguardare sia l’alleanza che ciascun membro stabilisce con il leader, che l’alleanza che il singolo stabilisce con l’intero gruppo. Tipicamente si parla di “alleanza” nei termini di una relazione di tipo collaborativo tra paziente e terapeuta dove gli obiettivi sono pattuiti all’interno di un contesto di rispetto e fiducia reciproca, ma si può parlare anche di “rottura dell’alleanza” (Burlingame et al., 2020). Oltre ad essere terapeutica l’alleanza può anche essere “di lavoro”. Nell’ambito della terapia grupale tale costrutto si fa meno chiaro e diventa generatore di confusione.

- **Empatia:** anche questo costrutto è stato perlopiù trattato nell’ambito della terapia individuale ed affrontato da differenti orientamenti teorici. Con questo termine si intende la capacità del terapeuta di comprendere le esperienze e i sentimenti del paziente. L’empatia risulta di particolare importanza per la relazione terapeutica in un contesto di gruppo. Per la psicologia dinamica con il termine “empatia” si intende una sintonizzazione affettiva, una certa accessibilità emozionale e tenerezza; per la psicologia umanistica, invece, per “empatia” si intende il principale veicolo per permettere il cambiamento e l’autorealizzazione (Thayer, 2012, pp. 14-15).
- **Clima di gruppo:** anche quest’ultimo va incontro a diverse definizioni. È un tema di rilevante interesse per quanto riguarda il funzionamento del processo gruppale. Si tratta di un costrutto multidimensionale composto da alcuni elementi come coinvolgimento, evitamento e conflitto; può facilitare o impedire gli sforzi dell’individuo verso un obiettivo, ma riguarda anche l’atmosfera presente in un gruppo, la tonalità emotiva.

Inoltre, i tre costrutti riguardanti il livello della relazione si mettono in rapporto con tre direzioni che forniscono informazioni su quanto i legami siano relativamente forti o deboli, quali:

- **membro-membro**
- **membro-leader**
- **membro-gruppo**

Potremmo così schematizzare le relazioni tra i costrutti valutati dal GQ:

SOTTOSCALE	MEMBRO-MEMBRO	MEMBRO-LEADER	MEMBRO-GRUPPO
<i>Legame positivo</i>	Coesione	Alleanza	Clima
<i>Alleanza di lavoro</i>	Compiti/obiettivi	Compiti/obiettivi	Nessuno
<i>Legame negativo</i>	Fallimento empatico	Rottura alleanza	Conflitto

La struttura proposta da Johnson, composta dai legami membro-membro, membro-leader e membro-gruppo, risulta efficace per attribuire chiarezza e stabilire validità al

questionario. Anche le sottoscale riguardanti il legame positivo, l'alleanza di lavoro e il legame negativo aggiungono ulteriore validità alla definizione del costrutto di "relazione terapeutica". Nonostante alcune critiche mettano in discussione il modello strutturale, quello multidimensionale di Johnson è in grado di prendere in considerazione sia la qualità che la struttura delle relazioni terapeutiche di gruppo.

Per definire la "validità" del GQ può risultare utile fare riferimento alle ipotesi di ricerca postulate da Thayer, il quale mette in connessione la qualità del legame con il livello strutturale delle relazioni:

- il punteggio della sottoscala del GQ inerente a "Positive Working Relationship" corrisponde al punteggio dato all'item 1 al livello di relazione membro-membro;
- il punteggio della sottoscala del GQ inerente a "Positive Working Relationship" corrisponde al punteggio dato all'item 1 al livello di relazione membro-leader;
- il punteggio della sottoscala del GQ inerente a "Positive Bonding Relationship" corrisponde al punteggio dato all'item 2 al livello di relazione membro-membro;
- il punteggio della sottoscala del GQ inerente a "Positive Bonding Relationship" corrisponde al punteggio dato all'item 2 al livello di relazione membro-leader;
- il punteggio della sottoscala del GQ inerente a "Positive Bonding Relationship" corrisponde al punteggio dato all'item 2 al livello di relazione membro-gruppo;
- il punteggio della sottoscala del GQ inerente a "Negative Bonding Relationship" corrisponde al punteggio dato all'item 3 al livello di relazione membro-membro;
- il punteggio della sottoscala del GQ inerente a "Negative Bonding Relationship" corrisponde al punteggio dato all'item 3 al livello di relazione membro-leader;
- il punteggio della sottoscala del GQ inerente a "Negative Bonding Relationship" corrisponde al punteggio dato all'item 3 al livello di relazione membro-leader (Thayer, 2012, pp. 8-9).

Tale modello è stato poi testato in due successivi studi europei, quello di Bakali, Baldwin, Lorentzen del 2009, e quello di Borman e Strauss del 2007, successivamente replicato da Johnson. Tale replicazione a livello cross-culturale ha permesso di aggiungere forza e validità al modello, fornendo le basi per possibili repliche future nell'ambito della psicologia dei gruppi e del monitoraggio delle terapie.

Versione italiana del Group Questionnaire

Studi empirici concordano sul fatto che la relazione terapeutica sia da considerarsi il principale fattore di promozione del cambiamento nella terapia di gruppo anche nell'ambito dei gravi disturbi mentali. Lo studio di Giannone et al. (2020) intende, pertanto, verificare l'efficacia del GQ-30 nel suo adattamento italiano per quanto riguarda: la coerenza interna, la struttura fattoriale e i criteri di validità.

Nella ricerca in questione i partecipanti coinvolti erano 536 di età compresa tra i 20 e i 66 anni, di cui 88.1% femmine e 11.6% maschi, iscritti all'Università di Palermo e frequentanti corsi di formazione sulle dinamiche di gruppo. I gruppi erano di matrice psicodinamica il cui focus era incentrato su tematiche interpersonali e sull'esperienza vissuta nel qui e ora, con l'obiettivo di trasmettere competenze di aiuto come l'ascoltare, il riconoscimento ed espressione dei sentimenti e l'empatia. Ciascun gruppo era costituito da circa 17 partecipanti che si incontravano a cadenza settimanale per 8 settimane per un totale di 8 incontri della durata di due ore e trenta minuti.

La traduzione dall'inglese all'italiano del Group Questionnaire a 30 item fu effettuata da professionisti traduttori, ottenendo l'approvazione finale dagli autori. I 30 item, come nella versione integrale, vengono misurati su una Scala Likert a 7 per misurare i tre fattori di qualità, ovvero: "legame positivo" indagato attraverso 13 item, "alleanza di lavoro" misurata tramite 8 item e "relazioni negative" misurate tramite 9 item. Il GQ – come riportato nell'articolo di Giannone et al. – viene valutato sommando gli item per ogni scala, dove i punteggi più alti indicano un buon legame e una buona alleanza di lavoro ma anche la presenza di relazioni negative. I dati provenienti dalla popolazione italiana riescono a confermare la struttura fattoriale proposta dagli ideatori anglosassoni del questionario, soprattutto il nesso tra la struttura e i fattori di qualità (Giannone et al., 2020, p. 140).

Il GQ si rivela essere uno strumento particolarmente efficace per analizzare e misurare le differenze tra i singoli membri. I risultati sulla versione italiana del GQ-30 mostrano, inoltre, buone proprietà psicometriche, pertanto il Group Questionnaire lo si può considerare uno strumento valido, replicabile e di facile utilizzo per la misurazione dei processi di gruppo.

OUTCOME QUESTIONNAIRE (OQ-45.2)

L'Outcome Questionnaire-45.2 è così nominato poiché si tratta una scala self-report formata da quarantacinque item appositamente costruita per monitorare i cambiamenti che si verificano nel corso e al termine del trattamento psicologico per indagare diversi aspetti della vita dell'utente; richiede circa 6-8 minuti per la compilazione. Al pari di altri strumenti self-report anche l'OQ-45.2 si utilizza come screening in ambito psichiatrico, a livello ambulatoriale e all'interno di servizi pubblici e privati, sia nella clinica che nella ricerca (Carlier et al., 2015). In alcuni paesi l'Outcome Questionnaire-45 viene somministrato in modalità telematica, come in Inghilterra, mentre in Francia fanno perlopiù uso della modalità cartacea.

Come è stato per il GQ-30, per gli utenti che hanno aderito al Gruppo Obiettivi l'OQ-45.2 è stato somministrato dalla conduttrice aiutata dalla tirocinante in vari periodi: a gennaio, a giugno e a dicembre 2020 e poi a febbraio 2021, ai fini di monitorare gli esiti e i cambiamenti in seguito ad un percorso di psicoterapia. L'OQ-45.2 prevede che colui che compila il questionario faccia riferimento all'andamento relativo all'ultima settimana. La risposta ad ogni item viene effettuata su una scala a 5 punti in cui (fatta eccezione per alcuni punteggi invertiti) 0 corrisponde a "mai", 1 corrisponde a "raramente", 2 corrisponde a "qualche volta", 3 a "spesso" e 4 a "quasi sempre". I punteggi possono variare all'interno di un range teorico complessivo che va da 0 a 180, dove i valori più alti indicano un funzionamento più grave e disturbato. Il questionario non lo si può considerare valido se non si risponde a 5 o più items, per cui il punteggio totale viene calcolato soltanto se si ha risposto ad almeno 41 items.

Il livello di "distress" è complessivamente calcolato sulla base di alcuni parametri:

- *alto*: > 105
- *moderatamente alto*: tra 83 e 105
- *moderato*: tra 64 e 82
- *basso*: < 64

L'Outcome Questionnaire indaga tre aree di funzionamento considerate importanti nella valutazione degli esiti nell'ambito della salute mentale:

- **Symptomatic Distress, SD:** sintomi patologici/presenza di psicopatologia, stress, costituita da 25 items. Il range teorico del punteggio in questa sottoscala va da 0 a 100 e il cut-off è uguale o superiore a 36, per cui valori superiori a quelli indicati segnalano una condizione di rilevanza clinica, mentre punteggi inferiori denotano una situazione non patologica. Un alto punteggio indica che il paziente è affetto da questi sintomi, al tempo stesso bisogna prestare attenzione ai punteggi bassi in quanto possono indicare assenza ma anche negazione dei sintomi. Alcuni items relativi ai sintomi psicopatologici sono:
 - Item 2 “Mi stanco subito”;
 - Item 3 “Nulla mi interessa”;
 - Item 6 “Sono irritato/a”;
 - Item 8 “Ho pensato di farla finita” (item critico);
 - Item 9 “Mi sento debole”;
 - Item 10 “Sono impaurito/a”;
 - Item 11 “Quando bevo troppo, la mattina devo bere un bicchiere solo per mettermi in moto {se non beve scelga mai}” (item critico);
 - Item 13 “Sono felice”;
 - Item 15 “Non valgo nulla”;
 - Item 22 “Faccio fatica a concentrarmi”;
 - Item 23 “Non nutro speranze per il futuro”;
 - Item 24 “Mi piaccio”;
 - Item 25 “Non riesco a scacciare pensieri che mi turbano”;
 - Item 27 “Digerisco male”;
 - Item 29 “Ho il cuore in gola”;
 - Item 31 “Sono contento della vita”;
 - Item 33 “Sta per succedermi qualcosa di brutto”;
 - Item 34 “MI fanno male i muscoli”;
 - Item 36 “Sono nervoso”;
 - Item 40 “C’è qualcosa di sbagliato nella mia testa”;
 - Item 41 “Faccio fatica ad addormentarmi o a restare addormentato”;
 - Item 42 “Sono triste”;
 - Item 45 “Ho mal di testa”.
- **Interpersonal Relations, IR:** indaga l’eventuale presenza di problematicità nell’ambito delle relazioni interpersonali come relazioni di amicizia e relazioni

famigliari. Il range del punteggio va da 0 a 44, il cut-off > 15 per cui un punteggio alto indica la presenza di difficoltà nelle aree indagate, mentre punteggi bassi indicano l'assenza di problemi interpersonali, e soddisfazione per la qualità delle relazioni intime. Questa scala è costituita da 11 items, quali:

- Item 1 “Vado d'accordo con gli altri”;
- Item 7 “Sono contento del mio matrimonio/rapporto di coppia”;
- Item 16 “La mia famiglia mi dà preoccupazioni”;
- Item 17 “Ho una vita sessuale insoddisfacente”;
- Item 18 “Mi sento solo”;
- Item 19 “Litigo spesso”;
- Item 20 “Sono amato e ben accolto”;
- Item 26 “Sono stufo della gente che mi critica perché bevo o prendo droghe {se risulta inapplicabile scelga mai}” (item critico);
- Item 30 “Faccio fatica ad andare d'accordo con amici e conoscenti”;
- Item 37 “I miei rapporti amorosi sono del tutto soddisfacenti”;
- Item 43 “Sono soddisfatto del mio rapporto con gli altri”.

All'interno di questa sottoscala rientra anche un item critico:

- Item 26 “Sono stufo della gente che mi critica perché bevo”.
- **Social Role, SR:** funzionamento nei ruoli sociali; indaga la presenza di insoddisfazione, conflittualità, senso di inadeguatezza in ambito lavorativo, scolastico, nei ruoli familiari e la qualità della vita. Il range di punteggio va da 0 a 36, il cut-off > 12 . Gli items inerenti al funzionamento sociale sono 9 items, tra cui, ad esempio:
 - Item 4 “Mi sento stressato sul lavoro o a scuola”;
 - Item 14 “Lavoro o studio troppo”;
 - Item 21 “Mi godo il tempo libero”;
 - Item 28 “Non lavoro/studio com'ero abituato/a prima”;
 - Item 32 “Sono finito nei guai a scuola o sul lavoro perché bevo o prendo droghe {se risulta inapplicabile scelga mai}”;
 - Item 38 “Non mi pare di fare bene a scuola o sul lavoro”;
 - Item 39 “Sono troppo in disaccordo sul lavoro/a scuola”;
 - Item 44 “Sono così furioso a scuola/sul lavoro da commettere atti irreparabili”.

Come riportato nell'articolo di Lo Coco et al. (2019) in letteratura si possono ritrovare tre diverse strutture fattoriali del Questionario: la prima che prevede tre dimensioni correlate tra loro (SD, IR, SR); la seconda a due fattori poiché considera la scala di IR e SR come un'unica scala riguardante la sfera delle relazioni sociali e la propria capacità di adattamento; una terza dimensione che considera l'Outcome Questionnaire quale espressione di uno stato di sofferenza psicologica generale (Lo Coco et al., 2006, p. 16). I punteggi attribuiti ai vari items variano in un range teorico che va da zero a 180, con i valori più alti indicanti un funzionamento più grave e disturbato. Lo strumento fornisce sia i punteggi relativi alle singole scale che un punteggio relativo al funzionamento globale del paziente (punteggio più frequentemente preso in esame). L'Outcome Questionnaire-45.2 risulta essere valido anche somministrato a culture di diversa provenienza, dimostrando una certa adattabilità nella somministrazione in differenti contesti socio-culturali.

Per un'interpretazione accurata dell'OQ-45 è necessario porre particolare attenzione a tre elementi:

- ***le risposte agli item critici*** (suicidio, violenza, abuso di sostanze), quali:
 - Item 8 “Ho pensato di farla finita” (suicidio);
 - Item 11 “Quando bevo troppo, la mattina devo bere un bicchiere solo per mettermi in moto {se non beve scelga mai}” (uso di droghe);
 - Item 26 “Sono stufo della gente che mi critica perché bevo o prendo droghe {se risulta inapplicabile scelga mai}” (criticità per l'uso di sostanze);
 - Item 32 “Sono finito nei guai a scuola o sul lavoro perché bevo o prendo droghe {se risulta inapplicabile scelga mai}” (l'uso delle sostanze condiziona il funzionamento quotidiano);
 - Item 44 “Sono così furioso a scuola/sul lavoro da commettere atti irreparabili” (conflittualità).
- ***il punteggio globale*** (OQ totale);
- ***le tre sottoscale.***

Dagli studi di Lambert et al. (1996), l'OQ-45 risulta particolarmente efficace e possiede una buona validità di costrutto. Ciò è quanto emerge anche dagli studi di Lo Coco e colleghi (2006) in merito agli studi sulla validazione italiana dell'Outcome Questionnaire OQ-45.2. I risultati che emergono dagli studi del gruppo palermitano si

possono considerare incoraggianti, in quanto l'OQ-45 ha mostrato di possedere un'ottima coerenza interna e una buona validità discriminante. Alcuni items del questionario risultano essere poco coerenti con la scala complessiva (in particolare quelli relativi all'abuso di alcool o di sostanze e quelli attinenti al comportamento scolastico o lavorativo, probabilmente per via del riferimento a una concezione socio-culturale statunitense), ciò nonostante l'OQ si dimostra in grado di rappresentare una misura affidabile per la valutazione della sintomatologia psichiatrica.

LIFE SKILLS PROFILE (LSP)

Il Life Skills Profile, a differenza degli altri due questionari somministrati dagli operatori agli utenti, è una scala di eterovalutazione compilata dagli operatori del Centro Diurno, o da chiunque abbia una conoscenza diretta del comportamento del paziente durante la vita quotidiana, e indaga il funzionamento quotidiano ("life skills") di persone con gravi disturbi psichici. Con il termine "life skills" si intende l'insieme di abilità e comportamenti di base che permettono a un individuo di svolgere adeguatamente le attività quotidiane e di ricoprire un determinato ruolo nella società (aspetto indagato anche dalla sottoscala "Sociale Role" da parte dell'OQ-45.2).

Inizialmente tale strumento aveva come finalità quella di valutare il funzionamento dei pazienti schizofrenici e il loro livello di compromissione nell'eseguire le abilità quotidiane. Il LSP-39 è una scala di valutazione di rapida e agevole compilazione (da dieci a venti minuti in base al grado di conoscenza del comportamento del paziente) sviluppata per l'assessment dei pazienti psichiatrici da Parker e Rosen (Parker e Rosen, 1989). Esiste una versione italiana tradotta e validata da Salvatore Zizolfi e collaboratori. Inoltre, è presente in bibliografia il LSP-16, una versione abbreviata per valutare il funzionamento generale nei 3 mesi precedenti.

Il Life Skills Profile è costituito da 39 items a scelta multipla con 4 alternative di risposta alle quali viene attribuito un punteggio sulla base di una Scala Likert a 4 punti dove 4 corrisponde a "sempre"; 3 corrisponde a "di solito sì"; 2 corrisponde a "di rado"; 1 a "mai" (per alcuni items posti in negativo i punteggi sono invertiti). Per quanto riguarda l'interpretazione dei valori, più alto è il punteggio assegnato al singolo utente, più alto è percepito il suo funzionamento da parte dell'operatore.

Il LSP è stato compilato da parte degli operatori per ciascuno dei 13 utenti che hanno partecipato al Gruppo Obiettivi in tre diversi momenti: a gennaio 2020 prima dell'inizio del Gruppo Obiettivi, al termine di esso a dicembre 2020 e a febbraio 2021.

Il LSP-39 si compone di cinque sottoscale:

- **Cura di sé** (item 10, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 26, 30, il cui punteggio massimo alla somma degli items è di 40);
- **Non turbolenza** (item 5, 6, 25, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 38, il cui punteggio massimo è di 48);
- **Contatto sociale** (3, 4, 20, 21, 22, 39, il cui punteggio massimo è 24);
- **Comunicatività** (1, 2, 7, 8, 9, 11, il cui punteggio massimo è 24);
- **Responsabilità** (17, 18, 19, 31, 33, il cui punteggio massimo è 20)

I 39 item sono così composti:

- 1) Ha in genere difficoltà a iniziare e a mantenere la conversazione?
- 2) È spesso importuno e si intromette fuori luogo nella conversazione di altre persone (ad esempio, vi interrompe mentre state parlando)?
- 3) È di solito socialmente isolato?
- 4) Si mostra perlopiù cordiale con gli altri?
- 5) È in genere suscettibile o irascibile?
- 6) Di solito si offende facilmente?
- 7) Guarda perlopiù gli altri negli occhi quando parla con loro?
- 8) È spesso difficile da capirsi a causa del suo modo di parlare (oscuro, disordinato o confuso)?
- 9) Parla in genere di idee strane e bizzarre?
- 10) Si presenta generalmente bene (ben vestito e con i capelli in ordine)?
- 11) L'aspetto esteriore (espressione del viso, mimica, gesti) è per lo più adeguato alle circostanze?
- 12) Si lava senza che ci sia bisogno di ricordarglielo?
- 13) Emana spesso un odore sgradevole (dal corpo, dall'alito, dai vestiti)?
- 14) Indossa di solito abiti puliti, e si preoccupa che vengano lavati se sporchi?
- 15) Trascura in genere la propria salute fisica?
- 16) Segue di solito una dieta alimentare?
- 17) Si preoccupa per lo più di assumere regolarmente la terapia consigliata (e rispetta gli appuntamenti per le iniezioni) senza che ci sia bisogno di ricordarglielo?
- 18) Assume volentieri gli psicofarmaci prescritti dal medico?
- 19) In genere collabora con i servizi sanitari (medici e/o altri operatori socio-sanitari)?

- 20) È per lo più inattivo (ad esempio, passa la maggior parte del tempo, seduto o in piedi, senza far nulla)?
- 21) Si interessa di solito in modo stabile ad hobby, sport o altre attività nelle quali è regolarmente impegnato?
- 22) Frequenta una qualche organizzazione sociale (chiesa, club o gruppi all'infuori di terapie psichiatriche di gruppo)?
- 23) Se necessario, è in grado di prepararsi da solo da mangiare?
- 24) È di solito capace di gestire da solo il denaro necessario per vivere con i propri mezzi?
- 25) Ha spesso problemi di convivenza (disaccordo, litigi) con chi vive in casa assieme a lui/lei?
- 26) Quale tipo di lavoro è in genere in grado di svolgere (anche se disoccupato, in pensione o impegnato in lavori domestici non retribuiti)?
- 27) Si comporta in modo spericolato (ad esempio, ignorando il traffico mentre attraversa la strada)?
- 28) Distrugge oggetti o beni?
- 29) Si comporta in maniera offensiva o scorretta (incluso sul piano sessuale)?
- 30) Presenta una serie di abitudini o comportamenti che la maggior parte delle persone giudicherebbe sconvenienti (ad esempio, sputare, lasciare in giro mozziconi accesi di sigaretta, insudiciare i gabinetti, sbrodolarsi mentre mangia)?
- 31) Perde oggetti personali?
- 32) Invade lo spazio altrui (stanze, ambienti riservati)?
- 33) Si appropriava di oggetti che non sono suoi?
- 34) È violento nei confronti di altri?
- 35) Ha comportamenti auto-aggressivi?
- 36) Ha problemi con la polizia?
- 37) Abusa di alcol, droghe o farmaci?
- 38) Si comporta in maniera irresponsabile?
- 39) Fa spesso amicizie e riesce a mantenerle?

CAPITOLO 4

Risultati dello studio empirico

Questo lavoro di tesi si è posto come obiettivo di poter valutare la possibile utilità terapeutica del Gruppo Obiettivi al quale hanno partecipato gli utenti del Centro Diurno Attivamente durante l'anno 2020 in modalità telematica causa pandemia. Inoltre, all'interno di questo studio, si è indagata la possibile utilità empirica degli strumenti psicometrici somministrati periodicamente agli utenti, quali il Group Questionnaire, l'Outcome Questionnaire e il Life Skills Profile, precedentemente approfonditi.

Tale studio empirico, effettuato in sinergia con Carlotta e Guglielmo, è stato svolto a posteriori sulla base di un materiale, quali le interazioni e i punteggi ai questionari, già fruibile da parte degli studiosi. Ai fini di valutare il grado di adesione al progetto riabilitativo proposto agli utenti sono stati selezionati alcuni indicatori. Gli indicatori ritenuti utili a tale scopo sono stati: la capacità di adesione al gruppo tramite la delimitazione del setting (interazioni IN/OUT¹²), la costanza nella frequenza alle sedute, il grado di partecipazione espresso in termini di numero di interazioni, la compilazione dei questionari.

Per quanto riguarda gli strumenti psicometrici, oltre al punteggio è stata considerata la costanza nel rispondere alle varie somministrazioni di gennaio, di giugno, di dicembre 2020 e di febbraio 2021. La somministrazione periodica dei questionari aveva come intento quella di fungere da ausilio per la conduttrice ai fini di poter valutare il grado di collaborazione da parte degli utenti nel corso della chat-based therapy.

Sono state considerate alcune domande di ricerca sia in merito alle interazioni prodotte all'interno del Gruppo Obiettivi sia per quanto riguarda i questionari somministrati, le quali ipotesi verranno vagliate nel corso del capitolo:

¹² Come riportato nel secondo capitolo sui "Materiali e metodi", in seguito ad alcune riflessioni si è pensato di classificare le interazioni come IN, interazioni svolte all'interno dei confini temporali della seduta, e OUT, ovvero quelle interazioni che si sono svolte prima o dopo la seduta vera e propria.

- Il compito riabilitativo consistente nel riconoscere e rispettare i confini temporali della chat è stato compreso e attuato?
- Quali sono gli utenti che hanno mandato maggiori messaggi IN (in seduta) e OUT (fuori seduta) nello sviluppo del percorso terapeutico? Ciò lo si può, eventualmente, intendere come una buona/scarsa adesione al compito?
- È possibile riscontrare negli utenti un'adesione al progetto terapeutico riabilitativo attraverso la presenza alle sedute, il grado di partecipazione e la compilazione dei questionari?
- Si può riscontrare una corrispondenza tra gli utenti che hanno partecipato con maggiore costanza alla chat-based therapy di gruppo e coloro che hanno compilato regolarmente i questionari ad ogni somministrazione?

ADESIONE AL COMPITO RIABILITATIVO

Nei paragrafi successivi si affronterà la questione dell'adesione al compito riabilitativo-terapeutico da parte degli utenti del Centro Diurno attraverso la presa in esame di alcuni indicatori, con il tentativo di rispondere alle ipotesi di ricerca elencate a inizio capitolo. Tali indicatori sono: la capacità di rispettare i confini del setting e la corrispondente presenza di messaggi OUT (fuori seduta) che sono intercorsi durante le 38 sedute; il grado di partecipazione verificato attraverso il numero di interazioni emesse IN seduta; la presenza degli utenti alle sedute; la compilazione regolare dei questionari alle varie somministrazioni.

Messaggi IN (in seduta) e OUT (fuori seduta)

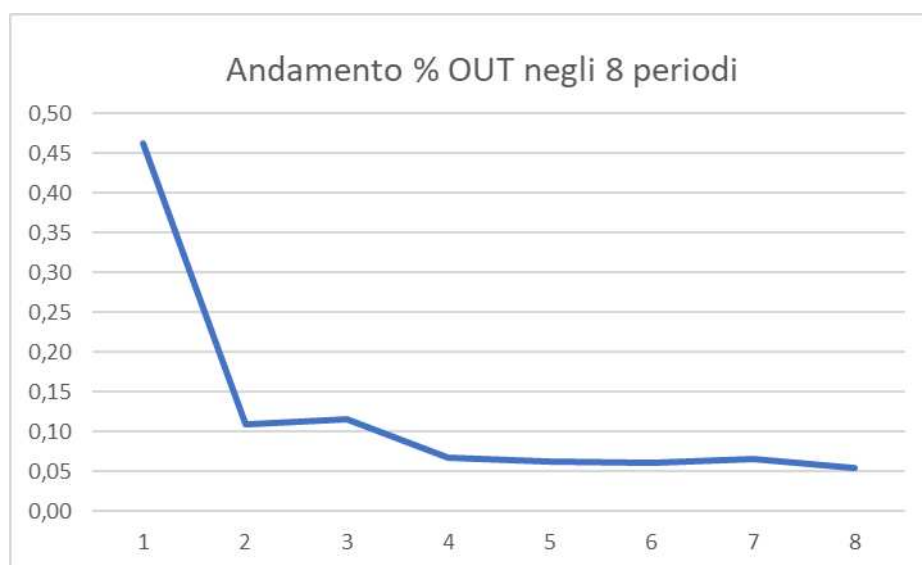
La suddivisione tra messaggi IN e OUT è stata pensata dagli studiosi con l'obiettivo di poter registrare la capacità di restare dentro ai confini del setting terapeutico e di poter valutare il grado di partecipazione del membro nei termini del numero di messaggi inviati dentro o fuori seduta. Queste interazioni sono state prevalentemente analizzate da un punto di vista quantitativo con lo scopo di registrare sia l'andamento globale del gruppo che l'andamento del singolo membro all'interno di queste due categorie di

messaggi. Le 38 settimane sono state suddivise in 8 blocchi comprendenti ciascuna 5 settimane, tranne l'ultimo blocco che comprende le ultime 3 settimane.

Confini del setting e messaggi OUT

Per verificare la presenza di una buona o di una scarsa adesione al compito riabilitativo espressa attraverso la capacità di rispettare i confini della seduta è stato analizzato l'andamento dell'emissione dei messaggi OUT che si sono susseguiti nel corso della chat-based therapy gruppale. All'interno della classificazione OUT sono stati inseriti anche i messaggi inviati nella prima settimana siglati come NL "no limits" poiché il gruppo e il setting terapeutico si dovevano ancora costituire per via del passaggio imprevisto dalla modalità in presenza a quella online.

Nel grafico sottostante viene raffigurato in percentuale l'andamento complessivo da parte di tutti i membri nel corso degli otto periodi.

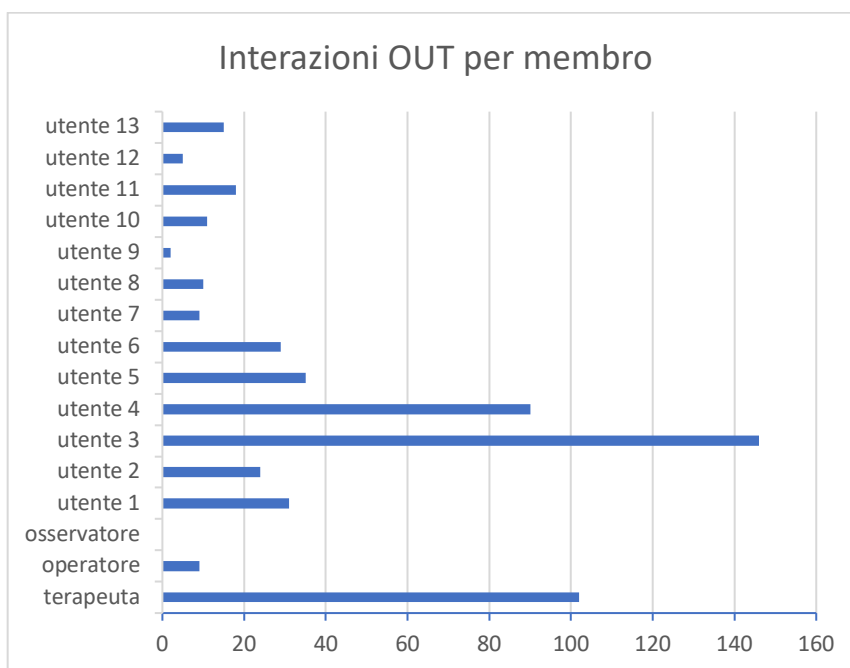


Su un totale di 536 messaggi OUT, 248 sono stati emessi nel primo periodo, corrispondenti al 46%. Nel secondo periodo si assiste ad un notevole calo, per cui le interazioni scendono all'11%; nel terzo periodo si ha un valore simile pari al 12%. Dal grafico è possibile notare tre tendenze: il primo periodo si distingue dal secondo e dal terzo, i quali si differenziano da tutti gli altri. A partire dal quarto blocco si può scorgere

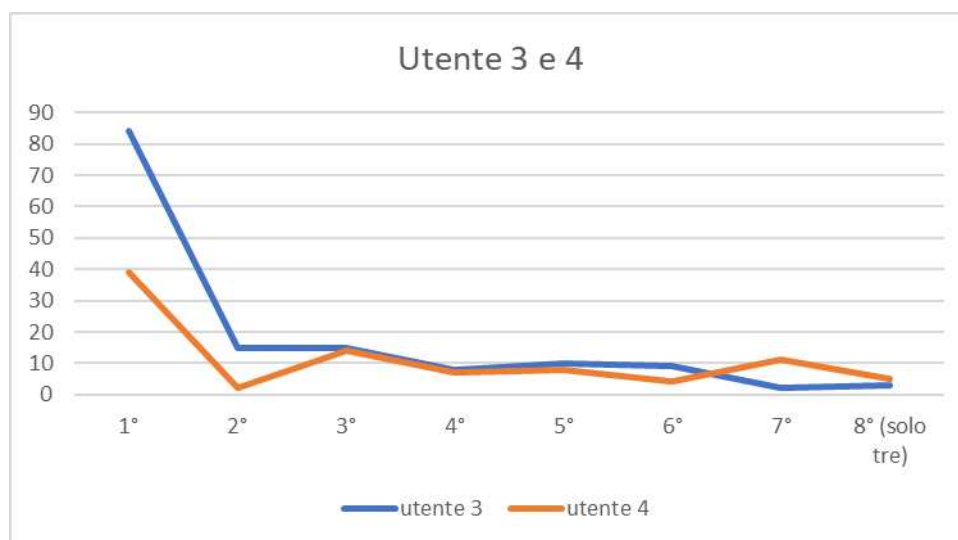
una sostanziale differenza rispetto ai precedenti blocchi, periodo in cui il numero di messaggi fuori seduta iniziano a calare con una percentuale pari al 7%, al 6% sia nel quinto che nel sesto periodo, nuovamente 7% nel settimo e 5% nell'ottavo. Considerando che l'ottavo periodo racchiude tre settimane, si sottolinea un particolare aumento dei messaggi OUT il quale probabilmente lo si può mettere in correlazione con l'avvicinarsi della conclusione della terapia gruppale.

Nel corso delle riflessioni inerenti alla tendenza ad emettere messaggi fuori dal setting terapeutico ci si è domandati se tutti i membri abbiano contribuito in maniera uniforme o se si siano riscontrate differenze.

Partecipanti	n. interazioni totali OUT	Frequenza teorica attesa	%	dev std totale
<i>Terapeuta</i>	102	33,50	0,19	68,5
<i>Operatore</i>	9	33,50	0,02	24,5
<i>Osservatore</i>	0	33,50	0,00	33,5
<i>Utente 1</i>	31	33,50	0,06	2,5
<i>Utente 2</i>	24	33,50	0,04	9,5
<i>Utente 3</i>	146	33,50	0,27	112,5
<i>Utente 4</i>	90	33,50	0,17	56,5
<i>Utente 5</i>	35	33,50	0,07	1,5
<i>Utente 6</i>	29	33,50	0,05	4,5
<i>Utente 7</i>	9	33,50	0,02	24,5
<i>Utente 8</i>	10	33,50	0,02	23,5
<i>Utente 9</i>	2	33,50	0,00	31,5
<i>Utente 10</i>	11	33,50	0,02	22,5
<i>Utente 11</i>	18	33,50	0,03	15,5
<i>Utente 12</i>	5	33,50	0,01	28,5
<i>Utente 13</i>	15	33,50	0,03	18,5



Come emerge dalla tabella e dal grafico riportati sopra è possibile osservare l'andamento di ogni membro in termini di numero di interazioni totali inviate nelle 38 settimane in relazione alla frequenza attesa corrispondente a 33,5 rappresentata dalla linea rossa. Dai dati raccolti spiccano alcuni utenti, oltre al terapeuta, che hanno inviato il maggior numero di messaggi OUT nel corso del Gruppo Obiettivi. Tra questi rientrano l'utente 3 e l'utente 4. Questi utenti, assieme al terapeuta, si distaccano considerevolmente dalla frequenza attesa di 33,5. Per quanto riguarda il terapeuta, a partire dalla terza settimana, la sera prima o qualche ora prima dell'incontro, era solito emettere il primo messaggio OUT nella chat del Gruppo Obiettivi per ricordare la seduta successiva, motivo per il quale i messaggi fuori seduta sono risultati numerosi corrispondenti a un totale di 102, ovvero al 19%. L'utente 3 invia un totale di 146 messaggi pari al 27%, mentre l'utente 4 emette 90 messaggi OUT corrispondenti al 17%: tali utenti hanno dimostrato, pertanto, una particolare difficoltà nell'aderire al compito di rispettare i confini del setting terapeutico. Gli utenti 1, 5 e 6 risultano essere quelli dai valori più vicini alla frequenza teorica attesa.



Soffermandoci in maniera più specifica sull'andamento degli utenti 3 e 4 all'interno degli 8 blocchi di settimane si segnalano alcune differenze tra i due membri. Nel primo blocco di settimane l'utente 1 ha emesso una percentuale notevolmente superiore di messaggi OUT rispetto all'utente 4, pari al 34% per il primo e al 16% per il secondo. Nel secondo blocco di settimane si osserva una differenza sostanziale tra i due membri pari al 15% di messaggi inviati fuori seduta dall'utente 3 e al 2% nel caso dell'utente 4. Nel terzo blocco di settimane, invece, le percentuali tra i due si assomigliano (24% e 23%). Nel quarto blocco i valori rimangono ancora vicini pari al 22% di messaggi OUT per l'utente 3 e al 19% per l'utente 4. Nel quinto blocco si riscontrano nuovamente differenze nel numero di messaggi, con una percentuale del 29% per l'utente 3 e del 24% per l'utente 4, così come nel sesto con una percentuale del 27% per l'utente 3 e del 12% per l'utente 4. A partire dal settimo blocco di settimane si assiste a un capovolgimento dell'andamento tale per cui a emettere un maggior numero di messaggi OUT è l'utente 4 con una percentuale pari al 31% contro il 6% dell'utente 3, andamento che si mantiene nell'ultimo blocco con una percentuale del 10% per l'utente 3 e del 17% per l'utente 4. Si può, quindi, evidenziare come l'utente 3 sia stato capace di aderire maggiormente al setting nel corso delle ultime otto settimane, contrariamente all'utente 4 per il quale si assiste a un peggioramento in termini di adesione al compito riabilitativo di stare dentro ai confini della seduta.

A conclusione delle riflessioni sull'andamento da parte dei membri nell'emissione dei messaggi OUT, a parte il caso degli utenti sopra descritti è stato possibile confermare il

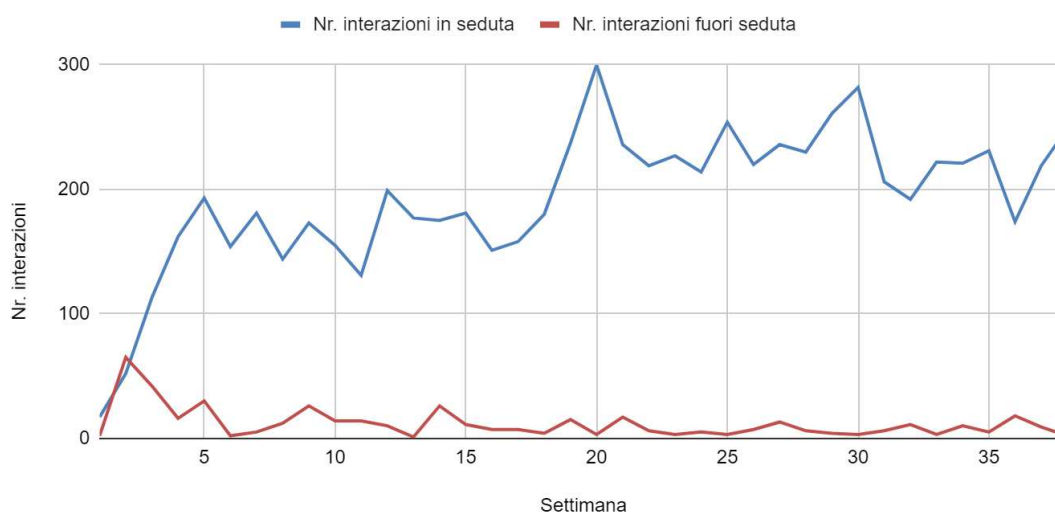
costituirsì del setting a partire dal quarto blocco di settimane, corrispondente alla sedicesima settimana della chat-based therapy gruppale, per la maggior parte degli utenti. In termini complessivi è stato possibile rilevare la capacità da parte del membro di sapere aderire al compito riabilitativo richiesto di rispettare i confini della seduta condotta in modalità online.

Grado di partecipazione: numero di interazioni IN

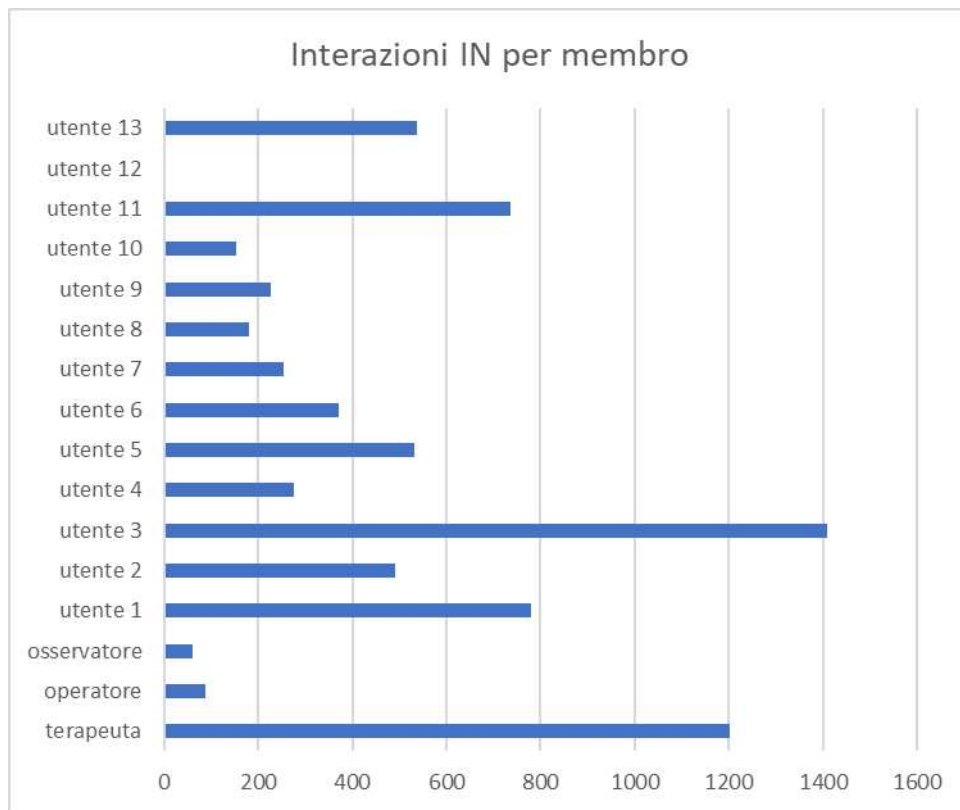
Anche il grado di partecipazione alle sedute di gruppo rientra tra gli indicatori descritti a inizio capitolo ai fini di indagare l'adesione al compito riabilitativo da parte degli utenti psichiatrici afferenti al Centro Diurno. Il grado di partecipazione al Gruppo Obiettivi condotto in modalità chat-based è stato ricavato attraverso il numero di interazioni emesse da parte di ciascun membro nel corso dell'andamento annuale alla terapia.

Come per le interazioni OUT, anche nel caso delle interazioni emesse IN seduta le 38 settimane sono state suddivise in 8 blocchi. Come si può vedere dalla tabella sulla frequenza delle interazioni IN e OUT, l'andamento complessivo dei messaggi inviati IN dentro alla seduta è risultato inversamente proporzionale all'andamento dei messaggi OUT fuori seduta: a partire dal quarto blocco di settimane è stato possibile rilevare una decrescita dei messaggi OUT e, in parallelo, un incremento dei messaggi IN. Anche per le interazioni IN è necessario evidenziare come gli ultimi due blocchi di settimane, corrispondenti alla fase conclusiva della chat-based, subiscano una modifica nell'andamento: da questo periodo si può notare una decrescita delle interazioni in seduta a favore di un rialzo delle interazioni OUT. A livello globale, la maggior parte dei membri hanno dimostrato la capacità di rispettare il setting e di saper aderire al compito terapeutico-riabilitativo, e al tempo stesso la capacità di accrescere il grado di partecipazione alle sedute attraverso l'aumento del numero di interazioni in seduta.

Frequenza interazioni In/Out



Partecipanti	n. interazioni totali IN	Frequenza teorica attesa	%	dev std totale
<i>Terapeuta</i>	1201	455,75	0,16	745,25
<i>Operatore</i>	87	455,75	0,01	368,75
<i>Osservatore</i>	60	455,75	0,01	395,75
<i>Utente 1</i>	780	455,75	0,11	324,25
<i>Utente 2</i>	492	455,75	0,07	36,25
<i>Utente 3</i>	1409	455,75	0,19	953,25
<i>Utente 4</i>	275	455,75	0,04	180,75
<i>Utente 5</i>	531	455,75	0,07	75,25
<i>Utente 6</i>	371	455,75	0,05	84,75
<i>Utente 7</i>	255	455,75	0,03	200,75
<i>Utente 8</i>	179	455,75	0,02	276,75
<i>Utente 9</i>	227	455,75	0,03	228,75
<i>Utente 10</i>	152	455,75	0,02	303,75
<i>Utente 11</i>	735	455,75	0,10	279,25
<i>Utente 12</i>	0	455,75	0,00	455,75
<i>Utente 13</i>	538	455,75	0,07	82,25



Osservando la tabella e il grafico riguardante le interazioni IN seduta emerge come, terapeuta a parte, a inviare il numero più alto di messaggi siano stati, seppur con un andamento oscillatorio che non sempre riporta un progressivo aumento, i seguenti membri: l'utente 3 con un valore del 19% corrispondente a 1409 messaggi su un totale di 7292 interazioni IN, l'utente 1 con l'11%, l'utente 11 con il 10%. Gli utenti che si avvicinano maggiormente alla frequenza teorica attesa corrispondente a 455,75 sono l'utente 2, l'utente 13 e l'utente 5. Questi membri dai valori vicini o ben al di sopra della frequenza teorica attesa hanno dimostrato una buona capacità di adesione al compito riabilitativo.

Osservando le interazioni da un punto di vista più qualitativo, dal quarto periodo delle settimane prese in analisi si è potuto nuovamente confermare l'incremento del grado di partecipazione espresso dai membri anche attraverso la presenza di tracce di coesione e di maturata consapevolezza di essere un gruppo. Di seguito si riportano alcune vignette cliniche dalle quali traspare il clima affettivo che si respira all'interno del gruppo:

Utente 1:

“Credo che nessuno può colmare un vuoto, ma possiamo esser tutti vicini e fare il tifo per te Irene, non sei sola e qui puoi sfogarti” (interazione n. 2643).

Utente 7:

“Ma a cosa serve lo spazio-momento per un gruppo? se sei un gruppo lo sei anche al di fuori di spazi e luoghi secondo me è così e per condividere basta essere assieme” (interazione n. 2809).

Utente 3:

“Gruppo che ci aiutiamo l'uno per l'altro e che non ci sono problemi e secondo me ci possiamo sentire fra di noi... NOI siamo un gruppo ben consolidato... vero?” (interazione n. 2834)

Utente 4:

O forse quando finirà il gruppo faremo e saremo un gruppo anche al di fuori di orari e luoghi (interazione n. 2798)

Riprendendo le riflessioni sollevate nel precedente paragrafo a proposito dell'andamento dell'utente 3 e dell'utente 4 in termini di emissione di messaggi sia OUT che IN, dai dati riportati nelle tabelle si può notare come l'utente 4 partecipi più di rado dell'utente 3 e intervenga maggiormente fuori seduta che dentro: si potrebbe, quindi, ipotizzare la presenza di resistenze nei confronti del gruppo e di difficoltà nell'aderire al progetto terapeutico riabilitativo, le quali probabilmente lo hanno indotto a saltare 12 incontri. Per quanto riguarda, invece, l'utente 3 è importante mettere in evidenza come si tratti del membro che ha inviato il numero più elevato di interazioni sia fuori che dentro la seduta. Tali dati – congiuntamente alla presenza di una moderata sintomatologia patologica registrata tramite l'Outcome Questionnaire – potrebbero far pensare alla presenza di maniacalità, la quale spiegherebbe l'eccesso di produttività e l'eccessiva espansione comunicativa. Per entrambi gli utenti, così come per tutti gli altri, si tenga in considerazione il livello di funzionamento e la diagnosi riportate in “Appendice”.

Anche nel caso delle interazioni IN, a parte qualche caso, si può dire che la maggior parte degli utenti siano stati capaci di aderire al compito richiesto inerente all'incremento del grado di partecipazione al Gruppo Obiettivi rilevato tramite il numero di interazioni IN emesse nel corso delle 38 sedute.

Presenza alle sedute

Oltre al numero di messaggi emessi OUT fuori seduta e al grado di partecipazione espresso attraverso il numero di interazioni IN seduta, tra i vari indicatori considerati utili per verificare l'adesione al compito riabilitativo da parte dei membri vi rientra anche la presenza alle sedute da parte dei membri frequentanti il Gruppo Obiettivi.

Come si può osservare dalla **tabella n. 3**, presente in "Appendice", riguardante le presenze dei singoli utenti alle sedute e nella quale viene riportato il numero della seduta saltata, si possono riscontrare disomogeneità in termini di frequenza da parte dei 13 membri. Tra coloro che hanno frequentato con maggiore costanza la chat-based therapy gruppale vi rientrano i seguenti utenti: gli utenti 1, 5 e 7 sono gli unici ad aver partecipato a tutte e 38 le sedute; gli utenti 2, 3 e 11 hanno saltato una seduta; l'utente 9 ha saltato due sedute; l'utente 6 e l'utente 8 non hanno partecipato a 7 sedute. Tra coloro, invece, che hanno saltato un numero maggiore di sedute rientrano: l'utente 4, saltandone 12; l'utente 10, mancando a 15 incontri; l'utente 13 che, partecipando al gruppo a partire dall'undicesimo incontro, riporta 18 assenze per poi partecipare con regolarità a partire dalla ventesima seduta. L'utente 12 partecipa soltanto a un incontro e viene dimesso dal Centro Diurno il 20 luglio 2020, per via delle quali premesse non state effettuate riflessioni sul suo andamento all'interno del Gruppo Obiettivi.

Complessivamente si può notare come più della metà degli utenti abbiano aderito in maniera regolare al compito riabilitativo e agli obiettivi terapeutici concordati con la terapeuta, frequentando con regolarità il Gruppo Obiettivi e saltando da 0 a due sedute su un totale di 38 incontri svolti nell'anno 2020.

RISULTATI EMERSI DAI QUESTIONARI

A partire da questo paragrafo verranno trattati i risultati dello studio empirico prendendo in considerazione l'adesione al compito riabilitativo attraverso la regolare compilazione dei questionari nelle somministrazioni di gennaio 2020, giugno 2020, dicembre 2020 e febbraio 2021. I questionari somministrati agli utenti del Gruppo Obiettivi, sui quali ci si è specificatamente soffermati all'interno del terzo capitolo, sono i seguenti: due questionari di autovalutazione quali il Group Questionnaire (GQ-30) e l'Outcome

Questionnaire (OQ-45.2), e un questionario di autovalutazione quale il Life Skills Profile (LSP).

Sulla base dei risultati emersi, e in relazione alle interazioni svolte durante le sedute terapeutiche, sono affiorate alcune domande di ricerca alle quali si tenterà di rispondere nel corso delle pagine successive:

- Gli utenti del Centro Diurno hanno aderito al compito di rispondere ai questionari ai due questionari con regolarità? Se sì, si riscontrano differenze tra gli utenti nelle varie somministrazioni?
- È riscontrabile una correlazione tra le compilazioni ai questionari e il grado di presenza manifestato nel corso della chat-therapy gruppale?
- È riscontrabile una correlazione tra le compilazioni ai questionari GQ-30 e OQ-45.2 e la partecipazione alla chat-therapy gruppale espressa attraverso il numero di interazioni IN?
- Nel GQ-30, chi ha compilato tutte le somministrazioni ha mostrato punteggi differenti nei tre settori (relazioni positive, alleanza di lavoro e relazioni negative) rispetto a chi ha risposto in maniera saltuaria?
- Dai risultati emersi dal GQ-30 si può riscontrare un aumento della coesione?
- Si riscontrano differenze nell'adesione al compito di rispondere al GQ-30 rispetto all'OQ-45.2?
- Le percezioni dei partecipanti corrispondono alle percezioni riscontrate dagli operatori e rilevate dal questionario di eterovalutazione Life Skills Profile (LSP)?

Group Questionnaire (GQ-30)

Le somministrazioni del questionario GQ-30 prese in esame in questo studio empirico vanno da Gennaio 2020 (prima dell'inizio della terapia) a febbraio 2021 (somministrazione dopo la fine della terapia avvenuta a dicembre 2020).

Dalle tabelle inserite nelle pagine successive sono racchiusi i punteggi attribuiti alle tre sottoscale del Group Questionnaire (Legame positivo, alleanza di lavoro e relazioni

negative)¹³ alle varie somministrazioni. Complessivamente si può notare che alla somministrazione di gennaio 2020 hanno risposto in 12 utenti (tutti tranne l'utente 3); alla somministrazione di giugno 2020 hanno risposto in 10 (non lo ha compilato l'utente 2, 12 e 13); alla somministrazione di dicembre 2020 hanno risposto in 11 (tutti tranne l'utente 12 e l'utente 8); la compilazione del GQ-30 alla somministrazione di febbraio 2021 è stata svolta da 8 utenti su 13 a eccezione dell'utente 1, 4, 8, 9 e 12. L'utente 12 compila il questionario alla prima somministrazione e poi, come già segnalato, viene dimesso a luglio 2020, motivo per cui non ha compilato le successive somministrazioni. Gli unici utenti che hanno mantenuto un'adesione costante al compito nella compilazione del questionario GQ-30 in tutte le somministrazioni sono sei e comprendono: utente 5, 6, 7, 9, 10 e 11, i quali hanno compilato regolarmente anche l'Outcome Questionnaire OQ-45.2 di cui parleremo successivamente.

Nelle tabelle seguenti si riportano i punteggi che i cinque partecipanti hanno assegnato alle tre sottoscale che prendono in esame il Legame Positivo, l'Alleanza di lavoro e le Relazioni negative, le quali sono in correlazione con quattro costrutti di qualità quali la coesione, l'alleanza, l'empatia e il clima di gruppo¹⁴.

1. Gennaio 2020

Utenti	Punteggio Legame positivo	Punteggio Alleanza di lavoro	Punteggio Relazioni negative	PUNTEGGIO TOTALE
<i>Utente 5</i>	86	55	12	153
<i>Utente 6</i>	81	29	13	123
<i>Utente 7</i>	52	30	28	110
<i>Utente 10</i>	84	42	13	139
<i>Utente 11</i>	59	39	16	114

¹³ Come approfondito nel terzo capitolo, il QG-30 proposto da Johnson et al. (2005) si basa su un modello a tre fattori: Positive Bonding (Legame positivo), che valuta la coesione, il senso di appartenenza, l'empatia; Positive Working Relationship (Alleanza di lavoro), che prende in esame il grado con cui i membri sentono di lavorare assieme a un obiettivo terapeutico; Negative Relationship (Relazioni negative) riguardante il fallimento della relazione empatica con il conduttore e con gli altri membri, la presenza di conflitti.

¹⁴ Per le tre sottoscale del GQ-30 si consideri il seguente cut-off: < 60 per le Relazioni positive; < 17 per l'Alleanza di lavoro; > 34 per le Relazioni negative.

1. Giugno 2020

Utenti	Punteggio Legame positivo	Punteggio Alleanza di lavoro	Punteggio Relazioni negative	PUNTEGGIO TOTALE
<i>Utente 5</i>	80	54	14	148
<i>Utente 6</i>	79	50	11	140
<i>Utente 7</i>	59	31	23	113
<i>Utente 10</i>	81	49	20	150
<i>Utente 11</i>	64	44	25	133

2. Dicembre 2020

Utenti	Punteggio Legame positivo	Punteggio Alleanza di lavoro	Punteggio Relazioni negative	PUNTEGGIO TOTALE
<i>Utente 5</i>	74	52	18	144
<i>Utente 6</i>	83	53	9	145
<i>Utente 7</i>	63	32	20	115
<i>Utente 10</i>	84	49	17	150
<i>Utente 11</i>	62	37	8	107

3. Febbraio 2021

Utenti	Punteggio Legame positivo	Punteggio Alleanza di lavoro	Punteggio Relazioni negative	PUNTEGGIO TOTALE
<i>Utente 5</i>	85	54	15	154
<i>Utente 6</i>	84	52	11	147
<i>Utente 7</i>	77	46	9	132
<i>Utente 10</i>	76	32	21	129
<i>Utente 11</i>	75	46	17	138

Per questi utenti che hanno aderito al compito di compilare il GQ-30 in tutte le somministrazioni sono state effettuate alcune riflessioni sulla base dei punteggi

assegnati al questionario nei tre settori indagati e all'andamento adottato nel corso del percorso terapeutico grupppale.

- *Utente 5*

Per quanto riguarda l'andamento al GQ-30 il punteggio alla "relazione positiva" è inizialmente di 86, cala nella somministrazione di giugno e di dicembre per poi riscontrare un punteggio simile all'inizio nella somministrazione di febbraio 2021. Nella sottoscala della "alleanza di lavoro" il punteggio è rimasto pressoché costante, anche in questo caso con un lieve abbassamento alla terza somministrazione. Nella sottoscala delle "relazioni negative" si nota, invece, una piccola tendenza al rialzo, nuovamente nella somministrazione di dicembre 2020, periodo in cui si possono scorgere maggiori oscillazioni di punteggio.

Nel caso dell'utente 5 si possono riscontrare, seppure lievi, modifiche nell'attribuzione dei punteggi alle tre sottoscale durante la somministrazione di dicembre, la quale corrisponde al mese in cui la terapia è terminata. Pur parlando di numeri piccoli, a dicembre si può notare un decremento nella relazione positiva al quale corrisponde un aumento del punteggio alla relazione negativa e un altrettanto piccolo calo per quanto riguarda l'alleanza di lavoro.

Ad esempio, all'item 1 "I membri del gruppo lavorano e cooperano insieme in gruppo" l'utente 5 ha attribuito il punteggio massimo di 7 durante la compilazione di gennaio e di giugno 2020, dando un punteggio di 6 a dicembre 2020 e a febbraio 2021. Dalle interazioni e dai punteggi alla sottoscala "alleanza di lavoro"¹⁵ si può osservare come l'utente 5 abbia instaurato una relazione collaborativa con il terapeuta confermando la presenza di una buona alleanza di lavoro che facilita il perseguimento di compiti e obiettivi concordati a inizio del progetto terapeutico.

Io mi sento gratificata anche quando riesco a fare i lavori qui ad attivamente e alzarmi presto alla mattina, cose che prima non facevo! (interazione n. 5940).

Per quanto riguarda le relazioni negative, ad esempio nell'item 6 "Ci sono stati momenti di attrito e rabbia tra i membri del gruppo" si nota un punteggio in progressivo rialzo

¹⁵ Tra i cinque utenti che hanno costantemente compilato il GQ-30 nelle varie somministrazioni, i punteggi alla sottoscala "alleanza di lavoro" dell'utente 5 risultano tra i più alti.

dalla prima alla terza somministrazione (il punteggio passa da 1 a 2 e infine a 4, per poi scendere a 3 a febbraio). Al contempo si nota un calo di punteggio all'item 9 ("In questo momento ho sentito che potevo fidarmi del conduttore e del gruppo"). Nonostante la presenza di alcune conflittualità, la fiducia e il rispetto non subiscono variazioni, la sottoscala dell'alleanza di lavoro rimane stabile a conferma che il setting viene considerato come una componente solida e che si è sviluppato un senso di coesione.

I punteggi emersi al GQ-30 lasciano emergere la presenza di una conflittualità durante il mese di ottobre, cosa che ha probabilmente potuto incidere con un minimo rialzo del punteggio nelle "Relazioni negative" durante la somministrazione di dicembre e con un minimo decremento nelle "Relazioni positive".

- *Utente 6*

Per quanto riguarda l'utente 6, nella sottoscala della "relazione positiva" si può osservare un punteggio in lieve crescita ad eccezione della seconda somministrazione di giugno in cui il valore si abbassa lievemente, pur mantenendo comunque dei valori alti. Per l'alleanza di lavoro si assiste a un netto aumento alla somministrazione di febbraio 2021. Nel caso delle relazioni negative si nota un punteggio più o meno costante nelle prime tre somministrazioni prese in esame, per poi osservare, invece, un netto decremento alla compilazione di febbraio 2021. Dai dati ricavati dai punteggi alle tre sottoscale si può confermare la presenza di una solida alleanza di lavoro, lo sviluppo di coesione, quindi, complessivamente il soddisfacimento dell'adesione al compito da parte di questo utente. Nonostante l'abitudine a frequentare il gruppo da qualche anno, soltanto a termine del Gruppo Obiettivi si può osservare un incremento di punteggio all'item 3 "Nonostante ci siano delle differenze il nostro gruppo mi fa sentire al sicuro". Per quanto riguarda la sottoscala delle "relazioni negative", si osserva un'accresciuta percezione di essere compreso dal conduttore del gruppo e di ricevere maggiore cura (il punteggio a tali items è calato).

- *Utente 7*

Per quanto riguarda i risultati emersi dal GQ-30 alla sottoscala delle "relazioni positive" si può osservare un progressivo incremento di punteggio dalla prima somministrazione all'ultima: il valore assegnato alla prima somministrazione risulta al di sotto del cut-off

(punteggio 52, cut-off < 60), alla seconda somministrazione si riscontra un valore appena al sotto della soglia (punteggio 59), per poi superare il cut-off alla terza compilazione di dicembre e alzando ancora di più il punteggio in quella di febbraio 2021.

Per la sottoscala “alleanza di lavoro” si assiste a rialzo di punteggio dalle prime tre somministrazioni all’ultima; per quanto riguarda le “relazioni negative” si osserva una netta decrescita di punteggio dalla prima somministrazione di gennaio (il punteggio era abbastanza alto pari a 28, così come il punteggio alle “relazioni positive” era al di sotto della soglia) alla quarta di febbraio 2021, passando attraverso un graduale calo nella seconda e nella terza somministrazione. Si può notare come il rialzo di punteggio alla sottoscala delle “relazioni positive” sia correlata a una decrescita di punteggio nelle “relazioni negative”.

Nella quarta somministrazione di febbraio 2021 negli items riguardanti la fiducia sperimentata nei confronti del terapeuta l’utente ha attribuito il massimo del punteggio: ciò lo si può ritrovare nei punteggi assegnati all’item 9 (“In questo incontro ho sentito che potevo fidarmi del conduttore del gruppo”), all’item 11 (“Tra me e i conduttori c’è rispetto reciproco”) e all’item 16 (“I conduttori sono cordiali e calorosi con me”). Alla sottoscala “alleanza di lavoro” si nota un notevole incremento dalla prima alla quarta somministrazione. Anche la percezione dell’accettazione da parte degli altri membri risulta aumentata. Di seguito si riportano alcune vignette cliniche più significative in cui l’utente parla del gruppo al gruppo attraverso la metafora del mare:

Siamo secondo me vista la rappresentazione delle nostre immagini un gruppo che prova emozioni di qualunque genere che ha radici profonde quanto il mare ed nemmeno una tempesta può scalfire la nostra nave sempre tranquilla nel sereno va... (interazione n. 517)

La mia immagine che rappresenta il cambiamento è il mare perché può essere calmo o prendere altre forme a seconda di vari fattori come il vento o le maree (interazione n. 749)

Le difficoltà iniziali nello sperimentare relazioni positive e una buona alleanza di lavoro, così come la percezione di un fallimento empatico e di una non completa capacità di fidarsi, le si possono rintracciare da alcune interazioni quali, ad esempio, l’immagine di *un fiume senza ponti* (interazione n. 1728 della seduta del 27 maggio 2020), meglio descritta in queste interazioni:

E penso che non ci sia comunicazione nella stanza come un fiume senza ponti (interazione n. 1738); Però si resta da soli a stare dentro la stanza (interazione n. 1770).

In linea con l'evoluzione dei punteggi alle tre sottoscale del questionario GQ-30 durante le settimane che corrispondono alla fase intermedia del percorso terapeutico si può trovare traccia dello sviluppo di un sentimento di coesione e di identità gruppale:

Stavo pensando a cosa dire comunque mi piace che questo gruppo sia così unito come si è mostrato oggi (interazione n. 2681);

O forse quando finirà il gruppo faremo e saremo un gruppo anche al di fuori di orari e luoghi (interazione n. 2798);

Voglio dire in breve che avendo fatto un percorso assieme sarà più facile comunicare tra noi anche senza accompagnatori (interazione n. 2840).

Anche queste immagini sono significative di una rappresentazione più evoluta del gruppo:

Io rappresenterei il gruppo con un'immagine di un albero che sta crescendo. (interazione n. 2866)

Dai dati ricavati è possibile osservare come questo utente sia stato in grado di aderire al compito richiesto in quanto ha compilato regolarmente i questionari, ha dato prova di aver lavorato sugli obiettivi riabilitativi concordanti con gli operatori riguardanti lo sviluppo di autonomie e l'incremento della capacità di interazione. Nella seguente interazione si può trovare corrispondenza della risposta data all'item 22 ("Ho raggiunto assieme agli altri membri del gruppo una buona comprensione del tipo di cambiamenti che sarebbero positivi per me"):

Dirsi gli obiettivi che abbiamo superato e i passi che abbiamo fatto per essere arrivati fino un certo punto, insomma motivarci (interazione n. 6462, seduta 32).

I punteggi alla sottoscala delle "relazioni positive" e della "alleanza di lavoro" sono notevolmente incrementati, così come il punteggio alle "relazioni negative" si è decisamente abbassato, a conferma di aver acquisito maggiore fiducia nei confronti del conduttore e del gruppo di lavoro. Ad esempio, all'item 18 "Non sempre gli altri membri del gruppo capiscono come mi sento" si può scorgere un decremento di punteggio da 4 a 1 dalla somministrazione di gennaio 2020 a quella di febbraio 2021.

- **Utente 9**

Ai fini di una comprensione più completa dell'utente 9, si segnala che inizialmente ha partecipato al gruppo attraverso il cellulare della madre per poi diventare autonomo.

Per quanto riguarda le risposte date al GQ-30, nella sottoscala delle “relazioni positive” si riscontra un aumento di punteggio dalla prima alla quarta somministrazione, lo stesso vale per la “alleanza di lavoro”, mentre nelle “relazioni negative” si osserva un andamento oscillante, con un punteggio più basso, indice di miglioramento, alla terza somministrazione e un punteggio più alto alla seconda. Ad esempio, nell'item 3 l'utente risponde con un punteggio elevato, ritenendo il gruppo capace di farlo sentire al sicuro nonostante ci siano differenze, al tempo stesso lascia trasparire un certo senso di solitudine:

Io non ho altre occasioni di scambio (interazione n. 2692)

che correla con un punteggio presentato all'OQ-45.2 a tratti sopra la soglia clinicamente rilevante nell'area delle “relazioni interpersonali”.

Complessivamente, l'adesione al compito da parte dell'utente 9 si è rivelata soddisfacente riscontrabile anche da evidenze sia qualitative che quantitative di miglioramento e di capacità di perseguire con costanza gli obiettivi riabilitativi concordati a inizio del progetto terapeutico.

- **Utente 10**

Osservando i punteggi assegnati dall'utente 10 alle tre sottoscale del Group Questionnaire, il punteggio alla sottoscala delle “relazioni positive” si equivale alla prima e alla terza somministrazione, si osserva un lieve calo alla somministrazione di giugno, mentre alla quarta somministrazione di febbraio si assiste a un calo di 8 punti rispetto alla prima somministrazione. Per questa sottoscala si può notare, ad esempio, il massimo del punteggio alla prima somministrazione all'item 13 riguardante il potersi fidare degli altri membri, per poi osservare un calo all'ultima somministrazione. All'item 5 “I membri del gruppo hanno rivelato informazioni personali o sentimenti riservati” il punteggio rimane pressoché corrispondente al massimo nelle quattro somministrazioni.

Per quanto riguarda la sottoscala dell'“alleanza di lavoro” il punteggio alla prima somministrazione è di 42, si assiste a un rialzo a 49 che rimane costante alla seconda e alla terza, per poi osservare un considerevole decremento alla quarta somministrazione: si ipotizza la rottura dell'alleanza e la mancata percezione di un progetto terapeutico condiviso, coerentemente con la mancata partecipazione dell'utente 10 a 15 sedute perlopiù conclusive. Nella ventunesima seduta che precedeva la pausa estiva, l'utente 10 riporta questo commento riguardo al gruppo:

Io non penso che sia un gruppo superficiale. Il fatto è che ci vuole tempo per parlare di cose profonde (interazione n. 3800).

Nel caso delle “relazioni negative” si assiste a un incremento di punteggio dalla prima alla seconda somministrazione, un abbassamento alla terza per poi vedere il punteggio alzarsi nuovamente nella quarta somministrazione di febbraio 2021. Più nel dettaglio si può osservare un aumento di punteggio all'item 30 “I conduttori del gruppo non sempre capiscono come mi sento” e all'item 28 “Gli altri membri del gruppo non sembrano avere cura di me”.

Nonostante i buoni intenti nei confronti del gruppo, per l'utente è stato difficile mantenere una costante adesione al compito di partecipare regolarmente agli incontri, riscontrando difficoltà nel riprendere un ritmo, come definito negli obiettivi personalizzati, in seguito a un momento di pausa.

Che subentra anche la volontà di stare insieme, nonostante le inevitabili incomprensioni. (interazione n. 1529, seduta 10)

Si ricorda che l'utente 10 si era distaccata dal gruppo già da una decina di sedute avendo interrotto la partecipazione al Gruppo Obiettivi, motivo per cui è possibile osservare un cambiamento di punteggio alle tre sottoscale alla somministrazione di febbraio. Ciò nonostante, ha mantenuto l'adesione al compito per quanto riguarda l'impegno di compilare i questionari.

- Utente 11

L'utente 11 è l'unico tra i cinque utenti presi in esame a non avere risposto ad alcuni items del GQ-30. Alla somministrazione di gennaio salta due items (item 15 “Sento che i membri del gruppo tengono a me anche quando faccio cose che loro non approvano”,

rientrante nelle “relazioni positive”; item 17 “I conduttori non sempre sembrano avere cura di me”, proprio delle “relazioni negative”); a giugno salta un item rientrate nelle “relazioni positive” (item 14 “Tra me e gli altri membri del gruppo c’è rispetto reciproco”); a dicembre salta un item riguardante le “relazioni negative” (item 18 “Non sempre gli altri membri del gruppo capiscono come mi sento”).

Per quanto riguarda l’andamento delle “relazioni positive” si può notare un punteggio di 59 appena al di sotto del cut-off < 60 nella prima somministrazione, probabilmente scaturito da una risposta non data. Nella seconda somministrazione si riscontra un punteggio di 64, un punteggio di 62 nella terza e una notevole crescita nella quarta con un punteggio di 75, occasione in cui l’utente risponde a tutti gli items. L’utente 11, ad esempio, riscontra un miglioramento nella percezione della capacità da parte dei membri di cooperare e lavorare bene assieme (item 1), riconoscendo nel gruppo una soddisfacente capacità di accettazione reciproca come si evince dal punteggio di 6 all’item 2.

Dalla vignetta clinica riportata di seguito emerge l’importanza per l’utente del far parte del gruppo per il mantenimento del proprio benessere:

Buongiorno a tutti oggi mi sento meglio perché mi sento parte del gruppo (interazione n. 159).

Per quanto concerne la sottoscala “alleanza di lavoro” si notano valori vicini alla prima e alla terza compilazione (39 e 37), un punteggio un po’ più alto alla seconda pari a 44, e un punteggio di 46 alla quarta somministrazione. A proposito del portare a compimento il compito e gli obiettivi prefissati grazie anche alla presenza degli altri membri, si segnalano alcuni scambi significativi:

Facciamo il gruppo per diventare più consapevoli di quello che proviamo e farci aiutare dagli altri (interazione n. 2843)

Una volta imparato a fidarci tra di noi possiamo ricreare il gruppo ovunque: quello che conta e volerci aiutare tra di noi in questo percorso xxx (interazione n. 2831)

Desidero ricevere dal gruppo la carica necessaria a nutrire la mia motivazione quando qualcosa la ostacola xxx E ricevere suggerimenti per diventare più consapevole di ciò che si nasconde nel buio dentro di me xxx (interazione n. 7325)

Il punteggio alle “relazioni negative nelle quattro somministrazioni non supera mai il cut-off ed è di 16, 25, 8 e 17; alla somministrazione di dicembre salta un item, tra i motivi per cui il punteggio risulta in netta decrescita.

Complessivamente l'utente 11 ha dimostrato una buona adesione al compito compilando il questionario GQ-30 alle somministrazioni richieste.

A conclusione delle riflessioni riportate nei precedenti paragrafi riguardanti l'assegnazione dei punteggi da parte dei sei utenti che hanno compilato regolarmente il GQ-30 i valori non hanno mai superato il cut-off, fatta eccezione per alcuni casi nella prima e nella seconda somministrazione alle “relazioni positive”. Ciò può confermare lo sviluppo della coesione attraverso la partecipazione alla chat-based therapy grupale.

Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

La regolare compilazione dell'Outcome Questionnaire da parte dei membri del Gruppo Obiettivo fa parte degli indicatori presi in considerazione per poter valutare l'adesione al compito riabilitativo. L'OQ-45.2 – come riportato più nel dettaglio nel capitolo terzo – è un questionario di autovalutazione costituito da domande che fanno riferimento all'andamento della settimana precedente; tale strumento psicometrico è utilizzato nell'ambito della salute mentale per monitorare i cambiamenti che si verificano durante il trattamento e indaga tre specifiche aree: sintomi psicopatologici (SD), il cui cut-off è uguale o superiore a 36; relazioni interpersonali (IR), il cui valore soglia è superiore a 15; ruolo sociale (SR), con cut-off superiore a 12.

Gli utenti che hanno compilato l'Outcome Questionnaire in tutte e quattro le somministrazioni prese in analisi sono otto su tredici: sei utenti sono gli stessi che hanno compilato il Group Questionnaire (utente 5, utente 6, utente 7, utente 9, utente 10 e utente 11), congiuntamente ad altri due, l'utente 3 e l'utente 13. Su questi otto utenti seguiranno riflessioni circa la variabilità dell'andamento di punteggio nell'arco delle quattro somministrazioni attraverso il supporto di alcune vignette cliniche.

Di seguito si riportano le tabelle con vari punteggi alle quattro somministrazioni per gli otto utenti che hanno regolarmente compilato l'OQ-45.2.

1. Gennaio 2020

Utenti	Domande saltate	Punteggio SD	Punteggio IR	Punteggio SR	PUNTEGGIO TOTALE
Utente 3	1	61	22	11	94
Utente 5	3	13	3	1	17
Utente 6	0	43	13	19	75
Utente 7	0	14	11	8	33
Utente 9	2	42	13	11	66
Utente 10	0	41	16	10	67
Utente 11	2	18	3	6	27
Utente 13	1	43	16	8	67

2. Giugno 2020

Utenti	Domande saltate	Punteggio SD	Punteggio IR	Punteggio SR	PUNTEGGIO TOTALE
Utente 3	0	62	16	14	92
Utente 5	0	22	12	5	39
Utente 6	0	19	10	7	36
Utente 7	0	18	9	10	37
Utente 9	0	47	18	13	78
Utente 10	0	36	13	11	60
Utente 11	0	28	13	7	48
Utente 13	0	52	18	6	76

3. Dicembre 2020

Utenti	Domande saltate	Punteggio SD	Punteggio IR	Punteggio SR	PUNTEGGIO TOTALE
Utente 3	0	66	20	13	99
Utente 5	3	15	4	4	23
Utente 6	0	13	10	5	28
Utente 7	0	5	8	6	19
Utente 9	1	36	12	10	58
Utente 10	0	37	16	14	67
Utente 11	2	29	8	6	43

<i>Utente 13</i>	1	44	20	8	72
------------------	---	----	----	---	----

4. Febbraio 2021

Utenti	Domande saltate	Punteggio SD	Punteggio IR	Punteggio SR	PUNTEGGIO TOTALE
<i>Utente 3</i>	10	70	12	8	90
<i>Utente 5</i>	3	16	4	3	23
<i>Utente 6</i>	0	15	7	4	26
<i>Utente 7</i>	0	1	4	2	7
<i>Utente 9</i>	1	37	17	12	66
<i>Utente 10</i>	0	43	19	14	76
<i>Utente 11</i>	2	18	5	5	28
<i>Utente 13</i>	0	40	15	7	62

- *Utente 3*

Per quanto riguarda l'andamento generale all'area dei "sintomi patologici" l'utente 3 mostra un punteggio ben al di sopra del cut-off in tutte e tre le somministrazioni a segnalazione di una condizione di rilevanza clinica, mentre la quarta compilazione non la si può considerare valida poiché l'utente non ha risposto a più di cinque items, per cui il test risulta invalidato. Inoltre, come si può osservare dalle tabelle, l'utente 3 è quello che riporta il punteggio totale più elevato, a manifestazione di una maggiore presenza di sintomatologia patologica. All'item critico 8 "Ho pensato di farla finita" l'utente 3 risponde con "spesso" alle prime tre somministrazioni, e con "qualche volta" alla quarta. All'item 11 riguardante l'assunzione di alcol il punteggio rimane sempre uguale a 0. All'item 3 "Nulla mi interessa" si riscontri un punteggio in calo nelle varie somministrazioni a indicare una diminuzione dell'apatia e una crescita dell'interesse verso le attività da svolgere da gennaio a dicembre per poi riscontrare una crescita nella somministrazione di febbraio: ciò lo si può anche correlare alla presenza pressoché costante manifestata nei confronti del Gruppo Obiettivi (l'utente ha saltato soltanto l'undicesimo incontro) e alla funzione supportiva che è riuscita svolto il gruppo per questo utente.

Di seguito si riportano alcune vignette in cui si trova traccia della presenza di sintomi patologici rilevanti nel corso di diverse sedute:

[...] *si cerca di nn affondare... io sono arrivata a un punto di nn ritorno... sono sempre con il cuore in mano...* (interazione n. 879);

Il vuoto... che c'è prima di ogni incontro... qualunque incontro, nn lo do a vedere tengo botta... e dopo che sono fuori dal centro urlooo piango e resto nervosa fino al giorno dopo... e me la prendo a male con i miei... (interazione n. 4059).

Nell'area delle "relazioni interpersonali" si osserva anche in questo caso un punteggio superiore al valore soglia nelle tre somministrazioni del 2020, per assistere a un calo nella somministrazione di febbraio 2021; nella seconda somministrazione di giugno il valore si avvicina al cut-off (IR= 16). Di seguito l'utente 3 condivide con il gruppo l'importanza dell'imparare a interagire con gli altri:

In queste settimane e con i tempi che stiamo passando tutti, mi ha fatto riflettere sui valori fondamentali del vivere quotidiano e come il rapportarsi... (interazione n. 106).

ma anche la presenza di qualche criticità nello sperimentare un senso di coesione e un buon clima di gruppo:

... come nn vedo oltre il mio pensiero, il mio punto di vista... (interazione n. 881);

... nn riesco a esprimermi... nn saprei cosa fare per andare avanti.. (interazione n. 1600).

Nell'area dei "ruoli sociali" indagata dall'OQ-45.2 alla prima somministrazione il punteggio è appena al di sotto della soglia >12 (SR= 11), mentre alla seconda e alla terza sale di qualche punto. Per l'utente 3 è importante poter essere di aiuto agli altri grazie alla propria esperienza appresa:

Penso al Corso Pari a Pari, che mi vada tutto bene, sarebbe un input in più per me stessa e per aiutare nel mio piccolo altre persone con il mio stesso problema... (interazione n. 3003).

L'utente dimostra, inoltre, di tenere in considerazione l'obiettivo condiviso con gli altri membri di mantenere l'adesione al compito riabilitativo, incluso il perseguimento del tirocinio formativo ai fini di una soddisfazione personale:

... secondo me c'è anche il lato positivo del nn avere il gettone, si sprona a fare meglio e bene il lavoro (interazione n. 5639).

- **Utente 5**

Alla somma delle tre aree indagate dall'OQ-45.2 l'utente 5 riporta un punteggio totale di 17 alla prima somministrazione, di 39 alla seconda, di 23 alla terza e di 23 alla quarta, i cui valori indicano una scarsa presenza di sintomi patologici. Alla prima somministrazione, alla seconda e alla terza non risponde ai seguenti items: 7, 17 e 37, i quali rientrano nell'area delle "relazioni interpersonali" e prendono in considerazione il grado di soddisfazione nella sfera affettiva e sessuale. Nell'area dei "sintomi patologici" si riscontra un punteggio a gennaio di 13, un rialzo a 22 a giugno per poi assistere a un calo a dicembre e a febbraio. Dalle vignette cliniche, congiuntamente alle risposte agli items, non si riscontrano segnali di malessere psicofisico, l'utente 5 presenta energia, interesse, raramente riporta sensazioni di debolezza.

A me manca il ritmo che avevo prima :mi alzavo presto per venire ad Attivamente e poi al pomeriggio andavo per negozi! (interazione n. 156).

L'utente 5 manifesta anche una certa consapevolezza di sé e una buona capacità di gestione delle emozioni:

La cosa migliore è prima sfogarsi un po', poi perdonare e stare tranquilli. (interazione n. 2287).

Certe volte, quando ho l'ansia, però alla fine riesco, questa si trasforma in forza e soddisfazione. (interazione n. 4710).

Il punteggio all'area delle "relazioni interpersonali" si presenta ben al di sotto del cut-off in tutte e quattro le somministrazioni probabilmente anche per il fatto di non aver risposto a tre items. Fatta eccezione per le domande saltate, l'utente 5 non dà segnali di sperimentare solitudine o conflittualità, riportando una buona soddisfazione nel rapporto con gli altri.

Nell'area dei "ruoli sociali", l'utente 5 riporta un punteggio che va dall'1 al 5 nelle quattro somministrazioni, restando ben al di sotto del valore soglia, a conferma di una sensazione di soddisfazione in ambito familiare e nello svolgimento di attività.

Aspetti positivi :cerco di pensare alle cose belle e di farmi forza così e poi aiuto mia mamma nei lavori di casa :intanto imparo qualcosa di nuovo che prima non sapevo. (interazione n. 178).

Gli items critici riportano sempre punteggio pari 0. Come si evince dalla vignetta riportata sotto, l'utente 5 ha dimostrato una più che adeguata adesione al compito riabilitativo richiesto, mostrandosi costante nella compilazione dei questionari.

- **Utente 6**

L'utente 6 nel punteggio totale alle tre aree indagate dall'OQ-45.2 riporta una decrescita sostanziale dalla prima somministrazione alla seconda e un'ulteriore decrescita dalla seconda alla terza e lievemente dalla terza alla quarta, passando da una moderata presenza di sintomi patologici a una bassa. Osservando i punteggi alle tre specifiche aree si osserva un punteggio superiore al cut-off nei "sintomi patologici" e nei "ruoli sociali" unicamente alla somministrazione di gennaio.

L'utente risponde a tutti gli items presenti nell'OQ-45.2, riportando un punteggio al di sotto della soglia clinicamente rilevante sia nell'area delle "relazioni interpersonali" sia in quella dei "ruoli sociali". Nella seguente vignetta clinica si trova traccia di un senso di insoddisfazione in ambito lavorativo, nei ruoli familiari, congiuntamente a una buona capacità di collaborazione e assenza di problematiche nelle relazioni interpersonali (il punteggio all'item 1 "Vado d'accordo con gli altri" riporta un punteggio massimo di 4 alle varie somministrazioni).

- **Utente 7**

Osservando i punteggi dell'OQ-45.2 si può subito notare che l'utente 7 ha risposto sempre 0 agli items critici e non ha saltato nessuna risposta. Nell'area dei "sintomi patologici" il punteggio riportato alle varie somministrazioni è sempre inferiore al valore soglia, lo stesso si riscontra nelle altre due aree indagate. In termini di punteggio totale, si riscontrano valori che indicano complessivamente una bassa presenza di distress, come si può ricavare, ad esempio, da questa vignetta clinica:

Io ho pensieri sia positivi che negativi ma questo non è un problema secondo me, è normale, pensieri vanno e vengono e di certo non mi focalizzo tutto il giorno su di essi... (interazione n. 334).

Come segnalato in fase di approfondimento del GQ-30, l'utente 7 ha riportato un buon punteggio alla sottoscala delle "relazioni positive", andamento che si può correlare a un punteggio al di sotto della soglia clinicamente significativa nell'area delle "relazioni interpersonali" dell'OQ-45.2. Sebbene dai punteggi nell'area dei "ruoli sociali" non emergano criticità, nel trentatreesimo incontro l'utente riporta la seguente percezione riguardo al soddisfacimento degli obiettivi, evidenziando all'occhio del clinico e del

ricercatore l'importanza di integrare i questionari con quanto emerge dal contenuto delle sedute:

in questo caso deluso perché non sono riuscito a finire, non ho raggiunto l'obiettivo (interazione n. 6589).

- **Utente 9**

L'utente 9 ha compilato regolarmente l'OQ-45.2, il cui punteggio complessivo alle quattro somministrazioni riporta un valore che rientra tra 64 e 82, il quale indica la presenza di un moderato livello di sintomatologia patologica. Per quanto riguarda i "sintomi patologici" il punteggio supera il cut-off di 36 alla prima e alla seconda somministrazione (42 e 47), per poi assistere a un calo alla terza (36) e a un piccolo rialzo alla quarta (37). Nelle prime interazioni condivide una sensazione di *stanchezza* (interazione n. 755), per poi manifestare uno stato d'ansia durante la venticinquesima seduta. Nell'area delle "relazioni interpersonali" si osserva un valore di poco al di sotto del valore clinicamente rilevante, ma è importante sottolineare che l'utente non ha risposto all'item 7 e 37 riguardanti la situazione amorosa. Alla seconda e alla quarta compilazione il punteggio in quest'area supera il cut-off di 15, alla terza si assiste ad un calo al di sotto della soglia, segnalando, però, la mancata risposta ad un item. Dalla seguente interazione si può trovare ulteriore riscontro riguardo alla presenza di alcune problematiche per l'utente nell'area delle "relazioni interpersonali":

Io preferisco leggere piuttosto che intervenire (interazione n. 2855)

dove avvalorza la necessità di ritirarsi dalle relazioni interpersonali adottando un atteggiamento da spettatore come strategia per sentirsi più al sicuro e meno esposto alle contaminazioni degli altri. E anche:

Io oggi mi sento un po' agitato, quindi mi dedico alla lettura senza intervenire (interazione n. 5101).

Come si può evincere dalla successiva interazione, nell'area dei "ruoli sociali" l'utente riporta minori problematiche, con un punteggio appena al di sopra del cut-off di 12 unicamente nella seconda somministrazione.

A me piacerebbe ricominciare Attivamente tutti i giorni e rivedervi tutti. (interazione n. 2711)

L'utente 9, considerate alcune problematiche nella fase iniziale della chat-therapy grupale, ha manifestato una soddisfacente adesione al compito di compilare i questionari, aumentando inoltre la capacità di stare in gruppo, come si evince dal punteggio alle “relazioni interpersonali” dell'OQ-45.2 alla terza somministrazione.

- **Utente 10**

L'utente 10 rientra tra i sei utenti che hanno compilato costantemente anche il GQ-30. Nella compilazione dell'OQ-45.2 non ha saltato items. Nell'area dei “sintomi patologici” il punteggio supera il cut-off alla prima, alla terza e alla quarta compilazione, con un punteggio uguale alla soglia nella seconda. Alla somministrazione di gennaio attribuisce il punteggio di 1 “raramente” all'item critico inerente al suicidio, valore che poi diventerà 0 nelle altre somministrazioni. La presenza di sintomi patologici la si può riscontrare anche da alcune interazioni:

Mi deprime e mi stanca. (interazione n. 2453)

Oggi mi sento a tratti bene ed a tratti un po' male [...] Credo che sia perché non ho preso bene gli psicofarmaci da 2 giorni. (interazione n. 2636 e 2637)

Nonostante la presenza di uno stato di malessere psicofisico, nella decima seduta che si svolge a maggio l'utente riporta la volontà di superare le difficoltà attraverso la partecipazione al gruppo e grazie alla collaborazione con gli altri membri nel raggiungimento dei compiti riabilitativi:

Che subentra anche la volontà di stare insieme, nonostante le inevitabili incomprensioni. (interazione n. 1529)

Nell'area delle “relazioni interpersonali” il punteggio supera sempre il valore soglia, riportando problematicità nelle relazioni intime. Ad esempio, all'item 43 “Sono soddisfatto del mio rapporto con gli altri” si osserva un punteggio oscillante che riporta: “qualche volta” a gennaio, “spesso” a giugno (coincidente con la volontà emersa dalla vignetta sopra citata di “stare insieme”) e “quasi mai” a dicembre. Nell'area dei “ruoli sociali” il punteggio supera il cut-off di 15 nella terza e nella quarta somministrazione, periodo che coincide con l'abbandono del Gruppo Obiettivi.

- **Utente 11**

Anche l'utente 11 rientra tra gli utenti che hanno compilato costantemente anche il Group Questionnaire. Il punteggio all'area dei sintomi patologici" è sempre al di sotto del cut-off > 36 nelle quattro somministrazioni, pari a 18 nella prima e nella quarta, un po' più alto nella seconda e nella terza (28 e 29). Il gruppo svolge una funzione importante per il mantenimento del benessere psicofisico:

Buongiorno a tutti oggi mi sento meglio perché mi sento parte del gruppo. xxx (interazione n. 159)

La paura si vince con l'aiuto degli amici xxx (interazione n. 1255)

Quando stavo male ed ero arrabbiata ho scoperto un lato di me pieno di odio che mi ha fatto stare peggio xxx (interazione n. 2300)

Nell'area delle "relazioni interpersonali" l'utente salta l'item 7 e 37 in tutte le somministrazioni tranne che nella seconda. Il punteggio oscilla da 3 nella prima compilazione per salire a 13 nella seconda, per poi scendere nuovamente nella terza (8) e nella quarta (5).

Mi sento isolata nessuno mi da feedback xxx (interazione n. 677)

Nell'area riguardante i "ruoli sociali" l'utente 11 riporta un buon punteggio che si aggira mediamente intorno al 6. Anche dalle interazioni si osserva un atteggiamento propositivo e un senso di soddisfazione dalle attività svolte:

Sto imparando ad usare nuove tecnologie. Ma mi piace anche il gruppo in presenza xxx (interazione n. 3302)

Mi dispiace perché sono interessata a capire come lavorare su di me per essere più pronta per il lavoro xxx (interazione n. 6371)

L'utente riconosce l'importanza che ha avuto il gruppo per il personale processo di cambiamento e per il mantenimento dell'adesione al compito:

Prima di fare gruppi non riuscivo a fidarmi degli altri e non parlavo senza filtri (interazione n. 3801)

- **Utente 13**

Per quanto riguarda l'utente 13 il punteggio complessivo nelle tre aree indagate dall'OQ-45.2 durante le somministrazioni di gennaio, di giugno e di dicembre 2020

segnala la presenza di un livello di distress moderato, il quale si riduce nella somministrazione di febbraio 2021. Nell'area dei "sintomi patologici" l'utente 13 riporta un punteggio al di sopra della soglia clinicamente rilevante di 36 in tutte e quattro le compilazioni con un andamento non lineare, il cui punteggio più alto lo si riscontra nella seconda somministrazione (52) e quello più basso nella quarta (40).

Io sono un po' nervoso (interazione n. 3397)

Io sono sempre preoccupato come ogni mercoledì per il gruppo con la dottoressa xxx mi impaurisce tanto (interazione n. 4044)

Nell'area delle "relazioni interpersonali" il punteggio osservato supera il valore soglia in tutte le somministrazioni, mettendo in luce elementi di criticità rintracciabili anche in alcuni messaggi inviati nella chat-therapy gruppale:

Io ho timore di non essere ascoltato (interazione n. 3500)

Ad esempio io in gruppo appartamento ricevo tante critiche (interazione n. 4539)

Tali difficoltà nell'ambito delle relazioni interpersonali si sono potute confermare anche attraverso il punteggio nell'area delle "relazioni positive" del Group Questionnaire di dicembre, a indicare difficoltà nello sperimentare un senso di coesione nei confronti dei membri del gruppo. Osservando l'andamento nell'area "ruoli sociali", non si riscontrano, invece, problematicità. Per quanto l'utente 13 abbia saltato venti sedute, nel momento in cui ha fatto accesso al gruppo è possibile notare una consistente partecipazione espressa attraverso un atteggiamento di infusione della speranza e di incoraggiamento nei confronti degli altri membri, probabilmente frutto dell'esperienza maturata nei gruppi terapeutici nel corso degli anni precedenti.

Riportando alcune riflessioni generali riguardo ai valori espressi dagli 8 utenti durante la compilazione dell'Outcome Questionnaire, i punteggi totali alle tre aree nelle quattro somministrazioni non hanno mai superato la soglia del valore massimo di distress pari a 105. Osservando i punteggi totali degli otto utenti non è possibile riscontrare un andamento omogeneo dalla prima alla quarta somministrazione nell'evoluzione dei punteggi. Ad esempio, per l'utente 3, 5, 11 e 13 si osserva un aumento di punteggio totale, seppur lieve, dalla prima alla terza somministrazione; per gli utenti 6 e 7 si

osserva un notevole calo di punteggio; per l'utente 9 si assiste a un calo ma meno ampio; l'utente 10 riporta lo stesso punteggio di 67 alla prima alla terza compilazione, il punteggio più basso alla seconda e più alto alla quarta. Fatta eccezione per l'utente 3 che riporta alcune criticità, complessivamente si può osservare un calo di punteggio totale alle tre aree indagate dalla prima alla quarta somministrazione, il quale andamento sta a indicare, mediamente, un cambiamento in positivo da gennaio 2020 a febbraio 2021.

Life Skills Profile (LSP)

Il questionario di eterovalutazione Life Skills Profile è stato utilizzato in maniera complementare agli altri due strumenti di autovalutazione quali il Group Questionnaire e l'Outcome Questionnaire. Il LSP è stato compilato dagli operatori prima dell'inizio del Gruppo Obiettivi (gennaio 2020) e a conclusione (dicembre 2020 e febbraio 2021). Tale strumento si è rivelato utile agli operatori, e in questa sede al ricercatore, per tentare di verificare la corrispondenza tra la percezione dell'utente e la percezione dell'operatore/studioso riguardo alle abilità sviluppate nella vita quotidiana e alla capacità di aver portato a compimento gli obiettivi riabilitativi e i compiti concordati a inizio del progetto terapeutico grupppale da parte di ciascuno dei 13 utenti.

Di seguito si riportano le tabelle con i punteggi dei 13 utenti alle tre compilazioni¹⁶:

1. Gennaio 2020

Utenti	Cura di sé	Non turbolenza	Contatto sociale	Comunicatività	Responsabilità	PUNTEGGIO TOTALE
<i>Utente 1</i>	13	15	12	6	5	51
<i>Utente 2</i>	18	14	14	13	5	64
<i>Utente 3</i>	24	15	14	8	7	68
<i>Utente 4</i>	16	20	15	9	6	66
<i>Utente 5</i>	14	13	16	7	5	55
<i>Utente 6</i>	16	15	15	9	7	62
<i>Utente 7</i>	11	12	14	11	5	53

¹⁶ Si segnala che a febbraio 2021 il LSP non è stato compilato dagli operatori per gli utenti 1, 4, 8 e 12.

<i>Utente 8</i>	21	14	11	8	5	59
<i>Utente 9</i>	24	13	17	8	7	69
<i>Utente 10</i>	15	12	17	8	5	57
<i>Utente 11</i>	17	14	11	8	6	56
<i>Utente 12</i>	16	15	16	11	9	67
<i>Utente 13</i>	13	21	15	9	7	65

2. Dicembre 2020

Utenti	Cura di sé	Non turbolenza	Contatto sociale	Comunicatività	Responsabilità	PUNTEGGIO TOTALE
<i>Utente 1</i>	13	12	11	6	5	47
<i>Utente 2</i>	21	13	13	10	5	62
<i>Utente 3</i>	24	20	14	9	8	75
<i>Utente 4</i>	15	19	12	9	5	60
<i>Utente 5</i>	11	14	14	7	5	51
<i>Utente 6</i>	15	13	15	8	5	56
<i>Utente 7</i>	10	12	13	9	5	49
<i>Utente 8</i>						
<i>Utente 9</i>	22	17	17	8	5	66
<i>Utente 10</i>	20	16	16	8	2	58
<i>Utente 11</i>	16	11	11	6	5	51
<i>Utente 12</i>						
<i>Utente 13</i>	16	19	19	9	7	70

3. Febbraio 2021

Utenti	Cura di sé	Non turbolenza	Contatto sociale	Comunicatività	Responsabilità	PUNTEGGIO TOTALE
<i>Utente 1</i>						
<i>Utente 2</i>	31	45	17	21	20	134
<i>Utente 3</i>	31	43	17	24	19	134
<i>Utente 4</i>						
<i>Utente 5</i>	38	47	19	23	20	147
<i>Utente 6</i>	34	48	15	22	20	139
<i>Utente 7</i>	40	48	20	21	20	149

<i>Utente 8</i>						
<i>Utente 9</i>	27	45	12	22	17	123
<i>Utente 10</i>	30	48	15	22	20	135
<i>Utente 11</i>	35	46	20	24	20	145
<i>Utente 12</i>						
<i>Utente 13</i>	13	21	15	9	7	120

Da un primo sguardo alle tre tabelle si può osservare un netto miglioramento di punteggio dalla compilazione di gennaio 2020 a quella di febbraio 2021 per nove utenti su tredici (per quattro utenti il LSP non è stato compilato). Dalla prima alla seconda compilazione si riscontra un punteggio uguale o aumentato per quattro utenti (2, 3, 10, 13); si riscontra, invece, una diminuzione di punteggio, quindi una percezione peggiorata, seppur di qualche punto, per sette utenti (1, 4, 5, 6, 7, 9, 11), per i quali è stato percepito un lieve peggioramento dal periodo di gennaio, prima dell’inizio della chat-therapy, a dicembre, periodo in cui la terapia gruppale è stata conclusa. Considerata la relazione tra le abilità quotidiane indagate dal LSP e quelle prese in esame dall’area dei “ruoli sociali” dall’OQ-45.2, alla compilazione di dicembre si osserva una percezione di miglioramento da parte dell’operatore per gli utenti 3, 10 e 13 non del tutto coerente con l’autopercezione di cambiamento da parte degli stessi utenti (l’utente 7 è l’unico ad aver riportato miglioramento nei SR). Gli utenti 6, 7 e 9 alla somministrazione di dicembre hanno percepito un miglioramento nell’area dei ruoli sociali, il quale cambiamento non è stato invece percepito dagli operatori. Gli utenti 5 e 10 hanno percepito un peggioramento, riscontrato dagli operatori nel caso dell’utente 5, ma non per l’utente 10 al quale si attribuisce un punteggio lievemente più elevato. Per quanto riguarda invece le compilazioni di febbraio 2021, nel caso del LSP si osserva un miglioramento per tutti gli utenti presi in esame con un punteggio mediamente più che raddoppiato rispetto alla compilazione di gennaio 2020 precedente all’inizio del gruppo riabilitativo.

Tali osservazioni mettono in luce la difficoltà nel poter riscontrare una coerenza nella percezione di miglioramento effettuata dall’operatore rispetto all’autopercezione di cambiamento effettuata dall’utente stesso. Queste discrepanze sottolineano l’importanza

del confronto tra utenti e operatori come integrazione agli strumenti psicometrici, non del tutto esaustivi nell'analisi e nella valutazione di un processo di cambiamento, il quale richiede uno sguardo più complesso aperto alle innumerevoli variabili che il questionario non può, da solo, indagare.

Discussione

I risultati emersi da questo studio empirico preliminare riguardano una chat-based therapy di gruppo iniziata a marzo 2020 nel bel mezzo della diffusione a livello mondiale della condizione di emergenza socio-sanitaria provocata dal Covid-19. Il gruppo terapeutico, chiamato “Gruppo Obiettivi”, che fino a poco prima era solito svolgersi presso il Centro Diurno, si è improvvisamente dovuto reinventare con non poche difficoltà, motivo per cui, come già evidenziato nel corso della tesi, la prima seduta era servita alla terapeuta per “far quadrare un cerchio” che improvvisamente aveva preso la forma dello schermo, sostituendosi alla circolarità degli sguardi. Ciò nonostante, e gli studi presenti in bibliografia lo possono confermare, da tale modalità virtuale di conduzione di un gruppo riabilitativo orientato al raggiungimento degli obiettivi si sono potuti sviluppare ragionamenti sulla valutazione degli esiti della ricerca ma anche sul processo e sui fattori terapeutici. Inoltre, è importante sottolineare come dai continui confronti con gli altri due studiosi e con il docente siano generate stimolanti riflessioni sul metodo, sulla pratica clinica grupppale e sui risultati, le quali hanno favorito quel necessario approccio empirico di messa in discussione e di falsificazione delle ipotesi.

Entrando nel merito della parte più operativa e metodologica di questo studio empirico, innanzitutto è importante evidenziare come il materiale messo a disposizione dalla terapeuta del Centro Diurno si sia rivelato particolarmente prezioso in quanto è stato capace di mettere in luce, sia da punto di vista clinico che della ricerca, la possibilità effettiva dello svolgimento di gruppi terapeutici/riabilitativi attraverso la modalità telematica, più specificatamente tramite la chat di WhatsApp.

Il materiale reso disponibile ai fini di questa ricerca ha compreso: le 7867 interazioni che si sono susseguite nel corso delle 38 settimane di chat-based therapy grupppale e la restituzione da parte della terapeuta al gruppo; la documentazione clinica del singolo utente riguardante il livello di funzionamento, la diagnosi e gli obiettivi riabilitativi; la data di avvio e di termine della frequentazione del Centro Diurno. Questi dati – congiuntamente al numero di interazioni emesse sia fuori seduta che dentro la seduta,

alla presenza riscontrata nelle singole sedute e ai punteggi ricavati dagli strumenti psicometrici quali il GQ-30, l'OQ-45.2 e il LSP – sono stati utilizzati con l'obiettivo di verificare l'adesione al compito riabilitativo da parte del singolo utente e di indagare la presenza di un'eventuale correlazione tra tali indicatori.

Dai risultati emersi a proposito dell'emissione dei messaggi OUT e del rispetto dei confini del setting terapeutico gruppale osservato nel corso delle 38 settimane suddivise in otto periodi si è potuto notare come non tutti i membri abbiano contribuito in maniera uniforme all'invio di questi messaggi. In termini di andamento gruppale si è potuto osservare un netto calo di messaggi OUT dal primo al secondo blocco di settimane per cui si passa dal 16% al 3.6%, un ulteriore calo dal secondo al quarto (2.3%), periodo a partire dal quale le interazioni fuori seduta si manterranno più o meno stabili. Alcuni utenti, quali l'utente 3 (27%, pari a 146 OUT) e l'utente 4 (17%, con 90 OUT), hanno inviato il maggior numero di messaggi fuori seduta, manifestando un andamento che si è differenziato da quello degli altri membri e riportando, di conseguenza, una particolare difficoltà nell'adesione al compito di stare dentro ai confini del setting. Tenendo in considerazione il livello di funzionamento, la diagnosi e gli obiettivi riabilitativi specifici concordati con la terapeuta del Gruppo Obiettivi (si confronti la tabella n. 1 in "Appendice"), l'utente 3 ha dimostrato di saper dare una strutturazione della giornata mantenendosi costante nella frequentazione degli incontri, ma al tempo stesso facendo fatica a rispettare i confini stabiliti dal setting. In merito al perseguimento dei propri obiettivi riabilitativi l'utente 4 ha mostrato difficoltà nel mantenimento delle autonomie, problematicità nel rispetto degli orari e nel riuscire ad essere costante nei compiti assegnati, riportando nel complesso una scarsa adesione al compito aggravata anche dal fatto di aver saltato il maggior numero di incontri e di non aver compilato con la regolarità richiesta i questionari.

Per alcuni membri del gruppo è stato comunque possibile vedere soddisfatto il compito di aver imparato a rispettare i confini del setting.

Per quanto riguarda la valutazione dell'adesione al compito verificata attraverso l'emissione delle interazioni IN dentro la seduta, anch'esse suddivise in 8 blocchi di settimane, si è osservato un incremento del numero di interazioni nel corso dei periodi. Si è notato, quindi, un accresciuto grado di partecipazione per la maggior parte degli utenti (9 partecipanti su 12; si ricorda che l'utente 12 non ha praticamente mai

frequentato gli incontri). Anche in questo caso è stato possibile riscontrare una differenza tra il primo blocco di settimane (7% di interazioni IN) e il secondo (11%), e tra il secondo e il quarto periodo (14%), momento in cui i messaggi IN sono il doppio rispetto all'inizio della chat-therapy. Il gruppo, complessivamente, ha dimostrato una buona adesione al compito in termini di incremento della partecipazione. Entrando nello specifico dei singoli membri, ne sono emersi alcuni i quali hanno maggiormente interagito dentro la seduta, e sono: l'utente 3, l'utente 1 e l'utente 11. Gli utenti, invece, che più si sono avvicinati alla frequenza teorica attesa sono: l'utente 2, il 13 e il 5.

Per quanto riguarda il grado di aderenza verso il compito valutata attraverso la compilazione degli strumenti psicometrici in tutte e quattro somministrazioni, nel caso del Group Questionnaire sono sei gli utenti che hanno aderito al compito richiesto: l'utente 5, l'utente 6, l'utente 7, l'utente 9, l'utente 10 e l'utente 11. Dai punteggi riportati alla sottoscala delle relazioni positive approfondita dal GQ-30 è emerso lo sviluppo del fattore terapeutico della coesione. Dalla sottoscala che indaga la presenza dell'alleanza di lavoro il punteggio non è mai andato al di sotto del cut-off < 17 per tutti e 13 gli utenti, a conferma che da tutti i membri è stato percepito un senso di collaborazione nel perseguimento degli obiettivi riabilitativi. Nel caso di qualche utente si sono potute osservare alcune correlazioni tra la compilazione del GQ-30 e il grado di partecipazione espresso dal numero di interazioni emesse in seduta e il grado di frequentazione del Gruppo Obiettivi: ciò si è potuto notare soprattutto per l'utente 11, il quale ha emesso l'11% di messaggi IN ed è stato sempre presente alle 38 sedute, e per l'utente 5, con il 7% di interazioni emesse in seduta e un incontro saltato.

L'Outcome Questionnaire è stato, invece, sistematicamente compilato da otto utenti su tredici, dove cinque sono gli stessi che hanno sempre compilato il GQ-30 (utente 5, 6, 7, 10 e 11), mentre gli altri tre sono l'utente 3, il 9 e il 13. Nel caso dell'OQ-45.2, a livello di andamento grupppale si è potuto osservare un calo di punteggio totale dato dalla somma delle tre aree indagate (SD, IR, SR), la quale decrescita indica un miglioramento in termini di diminuzione del livello di distress da gennaio 2020 a febbraio 2021. Inoltre, i punteggi ai questionari nelle varie aree indagate trovano una corrispondenza con quanto si può leggere nelle interazioni. Anche per l'OQ-45.2, le maggiori correlazioni tra i vari indicatori si sono osservate soltanto per qualche utente e in anche in questo caso si è trattato dell'utente 11 e dell'utente 5, i quali entrambi hanno iniziato

a partecipare al Centro Diurno dal 2019 e frequentano ancora il Gruppo Obiettivi. Questi due utenti hanno dimostrato di aver aderito al compito riabilitativo e di essersi impegnati nel perseguimento degli obiettivi personalizzati: nel caso dell'utente 5 si riporta la capacità di aver imparato a incrementare le occasioni di socializzazione e a gestire con modalità adeguate le interazioni nei diversi contesti; l'utente 11 ha dato prova, invece, di saper mantenere nel tempo la tenuta dei ritmi, di saper svolgere con precisione il compito seguendo le indicazioni e di saper gestire i momenti di difficoltà mettendo in atto strategie adeguate.

Mettendo in correlazione le compilazioni del Group Questionnaire e dell'Outcome Questionnaire con il livello di frequenza al Gruppo Obiettivi è stato possibile notare come gli strumenti psicometrici siano stati compilati con maggiore regolarità dagli utenti che hanno maggiormente frequentato le sedute.

Per quanto riguarda il Life Skills Profile, questionario compilato dagli operatori in merito al funzionamento degli utenti, sono emerse discrepanze in merito alla percezione di miglioramento che l'operatore aveva dell'utente e alla percezione che l'utente aveva di se stesso.

Le differenze tra i singoli utenti e le disomogeneità riscontrate per quanto riguarda l'adesione al compito valutata attraverso i vari indicatori confermano, in termini di andamento gruppal, la mancanza di una relazione causale tra i risultati analizzati, pertanto, in termini generali, non è stato possibile avvalorare l'ipotesi di ricerca inerente alla correlazione tra una buona adesione al compito e una presenza regolare alle sedute, così come tra l'adesione al compito e il numero di interazioni emesse dentro e fuori dalla seduta e la regolare compilazione degli strumenti psicometrici.

Nel corso di questa discussione è importante mettere in evidenza alcuni limiti. Per quanto riguarda la metodologia utilizzata per l'analisi delle interazioni svolte nel corso delle 38 sedute si sono verificate discrepanze tra Francesca e Carlotta in merito alla scelta delle categorie da utilizzare per classificare le interazioni, questione che è stata più dettagliatamente approfondita nello studio empirico svolto dalla collega.

Alcuni limiti sono stati rilevati anche in merito agli strumenti psicometrici. Secondo la programmazione ipotizzata dagli operatori del Centro Diurno, la somministrazione dei questionari era stata prevista come di seguito indicata: ogni 15 giorni per il GQ-30 (per

un totale di 24 somministrazioni annue), ogni mese per l'OQ-45.2 (12 somministrazioni all'anno) e tre somministrazioni per il LSP (a gennaio, a giugno e a dicembre). Tale prospetto non è stato rispettato a causa delle difficoltà scaturite dall'emergenza sanitaria e dal conseguente passaggio del Gruppo Obiettivi dalla modalità in presenza a quella online. Le somministrazioni dei questionari per l'anno 2020 sono state effettuate per via telefonica, attraverso la collaborazione della tirocinante, con la seguente cadenza: il GQ-30 in tre somministrazioni; l'OQ-45.2 in tre somministrazioni; il LSP in due. Inoltre, dal materiale messo a disposizione per finalità empiriche si è osservato che non tutti i tredici utenti hanno regolarmente aderito al compito di compilare i questionari nelle tre somministrazioni del 2020 e nella quarta effettuata a febbraio 2021: ciò non ha permesso allo studioso di poter svolgere una valutazione sull'andamento dei punteggi per l'intero gruppo, la cui analisi è stata condotta per i singoli utenti che avevano ciclicamente compilato i questionari di eterovalutazione.

Nonostante la presenza di alcune criticità emerse durante questo studio empirico, la chat-based therapy gruppale riporta sostanziali punti di forza, tra i quali quello di essere riuscita, grazie alla tenacia della terapeuta e alla curiosità degli utenti, ad affrontare una sfida umana e tecnologica di grande portata, confermando la possibilità di conduzione di una terapia di gruppo attraverso l'uso di WhatsApp.

Conclusione

Nel corso di questo studio empirico sulla chat-based therapy ci si è più volte domandati quanto una dimensione non-reale, quasi surreale rievocando alla mente il dipinto di Magritte *Ceci n'est pas une pipe*, come quella di una terapia di gruppo condotta virtualmente potesse svolgere le funzioni di uno spazio contenitivo, dotato di confini, di rituali, di interlocutori “reali”, al pari di ciò che accade nel caso della terapia in presenza. Nonostante la presenza di alcune problematicità, soprattutto nei primi incontri e specialmente per qualche utente, la conduttrice e i membri sono riusciti a costituire un gruppo seppure all'interno di un nuovo contesto: ciò è stato possibile anche grazie alla componente della “gruppaltà interna”, a ciò che Neri chiama *una presenza nella mente delle persone* (Neri, 2021, p. 33).

Per via dell'emergere di alcune differenze tra i singoli utenti all'interno del processo terapeutico gruppale e della presenza di disomogeneità in termini di frequenza alle 38 sedute, di numero di emissione di interazioni IN/OUT e di costante compilazione del Group Questionnaire e dell'Outcome Questionnaire, non è stato possibile riscontrare l'adesione al compito riabilitativo da parte di tutti i membri del Gruppo Obiettivi. Ciò nonostante, questo sinergico studio empirico preliminare sulla chat-based therapy gruppale si è comunque confermato pionieristico, con l'auspicio che possa fungere da presupposto per successive ricerche nell'ambito delle terapie di gruppo ad orientamento psicodinamico condotte attraverso la chat. Si spera, inoltre, che grazie a questa ricerca possa emergere l'importanza di integrare la pratica clinica con gli strumenti psicometrici con lo scopo di poter monitorare costante il processo terapeutico in tutte le sue fasi.

A conclusione di questo ricchissimo lavoro di ricerca, si riporta una vignetta clinica estrapolata dall'attenta lettura delle 7828 interazioni che si sono susseguite in 38 sedute:

La malattia mi ha tolto ma mi ha anche dato. Non è un limbo ma un periodo di cambiamento. Occorre imparare ad usarlo bene xxx (interazione n. 4794)

Appendice

Tabella n. 1: Livello di funzionamento, diagnosi e obiettivo specifico utenti

<i>UTENTE e LIVELLO DI FUNZIONAMENTO</i>	<i>DIAGNOSI</i>	<i>OBIETTIVO SPECIFICO</i>
<i>1 (basso)</i>	Disturbo di personalità borderline/istrionico	Valutare i pre-requisiti e il funzionamento per quanto riguarda il rispetto degli orari, la frequenza costante e regolare, la gestione di eventuali momenti di tensione.
<i>2 (basso)</i>	Disturbo schizotipico	Acquisire i pre-requisiti richiesti da un contesto occupazionale-lavorativo; riuscire a mantenere un impegno costante nel tempo; saper affrontare eventuali situazioni critiche; aumentare le competenze relazionali per saper stare con gli altri.
<i>3 (medio)</i>	Disturbo di personalità. Disturbo depressivo maggiore con episodi dissociativi	Migliorare la cura della propria persona; svolgere attività strumentali gratificanti e dare una adeguata strutturazione della giornata; raggiungere una propria indipendenza relazionale.
<i>4 (basso)</i>	Disturbo schizofrenico	Mantenere le autonomie in suo possesso; valutare le competenze visto il periodo di inattività, in particolare legato al rispetto degli orari, alla costanza, al perseguimento del compito; aumentare la capacità di esprimere il proprio pensiero; trovare ed attuare strategie utili per affrontare momenti di difficoltà ed evitare il ritiro; favorire una maggiore socializzazione.
<i>5 (medio)</i>	Disturbo schizofrenico simplex	Saper gestire con modalità adeguate eventuali difficoltà di performance e/o di relazione; incrementare le occasioni di socializzazione e gestire con modalità adeguate le interazioni in contesti diversi.
<i>6 (basso)</i>	Disturbo Ossessivo Compulsivo	Mantenere le autonomie in suo possesso; acquisire i pre-requisiti necessari per adeguarsi al contesto lavorativo; aumentare la capacità di affrontare in modo costruttivo ed adeguato eventuali

		criticità; incrementare la socializzazione.
7 (medio)	Disturbo schizofrenico	Mantenere le autonomie acquisite; individuare il contesto adatto per dare continuità al progetto riabilitativo; sviluppare una maggiore capacità di interazione adeguata al contesto e ai ruoli; sapere affrontare le difficoltà emerse; incrementare i momenti di socializzazione.
8 (basso)	Disturbo schizoaffettivo	Mantenere in modo continuativo un ritmo e un impegno; affrontare i momenti di difficoltà utilizzando le adeguate strategie; incrementare la socializzazione.
9 (basso)	Psicosi NAS	Aumentare la capacità di mantenere l'attenzione al compito; riuscire a mantenere un ritmo costante; sviluppare la capacità di tollerare la tensione derivante dal contesto; aumentare la capacità di stare con gli altri e in gruppo.
10 (basso)	Schizofrenia. Disturbo di personalità Cluster C	Riprendere un ritmo; recuperare le proprie risorse e la fiducia in se stessa; saper gestire gli imprevisti e acquisire strategie per tenere sotto controllo l'ansia.
11 (basso)	Psicosi schizofrenica	Mantenere nel tempo la tenuta dei ritmi; svolgere con precisione il compito attendendosi alle indicazioni; saper gestire la frustrazione e le situazioni di difficoltà adottando adeguate strategie.
12 (basso)	Psicosi	Riuscire ad essere puntuale e regolare, costante nella frequenza; riuscire a svolgere le attività seguendo le indicazioni e in caso di difficoltà saper richiedere l'intervento dell'operatore; mantenere relazioni adeguate al contesto e ai ruoli.
13 (basso)	Disturbo schizoaffettivo con origine nell'infanzia	Mantenere le autonomie in suo possesso; valutare le competenze e acquisire i pre-requisiti necessari per affrontare un'esperienza occupazionale mantenendo regolarmente l'impegno; aumentare la capacità di interagire e di integrarsi con gli altri; incrementare la capacità di socializzazione.

Tabella n. 2: Inizio/fine frequenza Centro Diurno

UTENTE	INIZIO FREQUENZA CENTRO DIURNO	FINE FREQUENZA CENTRO DIURNO
<i>Utente 1</i>	09/04/2018	12/04/2021
<i>Utente 2</i>	13/03/2019	10/02/2022
<i>Utente 3</i>	16/06/2014	in corso
<i>Utente 4</i>	121/09/2015	18/12/2020
<i>Utente 5</i>	18/03/2019	In corso
<i>Utente 6</i>	28/02/2018	31/12/2021
<i>Utente 7</i>	16/09/2019	31/10/2022
<i>Utente 8</i>	01/03/2019	30/09/2020
<i>Utente 9</i>	15/04/2019	in corso
<i>Utente 10</i>	26/09/2017	20/12/2019 (contratto privato nel 2020)
<i>Utente 11</i>	22/02/2019	In corso
<i>Utente 12</i>	12/01/2019	20/07/2020
<i>Utente 13</i>	25/07/2016	22/04/2022

Tabella n. 3: Numero sedute frequentate/saltate

UTENTE	INIZIO GRUPPO OBIETTIVI	FINE GRUPPO OBIETTIVI	Nr. sedute frequentate	Nr. sedute saltate	Sedute saltate
<i>Utente 1</i>	18/03/2020	16/12/2020	38	0	
<i>Utente 2</i>	18/03/2020	16/12/2020	37	1	27
<i>Utente 3</i>	18/03/2020	16/12/2020	37	1	11
<i>Utente 4</i>	18/03/2020	28/10/2020	26	12	5,7,16,19,23,24,32,33,35,36,37, 38
<i>Utente 5</i>	18/03/2020	16/12/2020	38	0	
<i>Utente 6</i>	18/03/2020	16/12/2020	31	7	8,9,17,21,22,23,28

<i>Utente 7</i>	18/03/2020	16/12/2020	38	0	
<i>Utente 8</i>	18/03/2020	24/11/2020	32	7	7,10,16,30,36,37,38
<i>Utente 9</i>	18/03/2020	16/12/2020	36	2	4,34
<i>Utente 10</i>	18/03/2020	20/10/2020	23	15	4,11,12,20,23,26,28,29,31,32,33,34,35,36,38
<i>Utente 11</i>	18/03/2020	16/12/2020	37	1	4
<i>Utente 12</i>	18/03/2020		1	37	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38
<i>Utente 13</i>	27/05/2020	16/12/2020	20	18	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18,19

Bibliografia

- AMBROSIANO I., LOCATI I. (2023) (a cura di), *Le psicoterapie di gruppo online. Teorie, tecniche, esperienze*. Raffaello Cortina, Milano.
- ANZIEU, D. (1975), *Il gruppo e l'inconscio*. Tr. it. Borla, Roma 1986.
- BARLOW, S.H., “La ricerca empirica e le psicoterapie psicodinamiche di gruppo”. In LO COCO, G., PRESTANO C., LO VERSO, G., *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 43-68.
- BECK, A.P., LEWIS, C.M. (2000), *The process of group psychotherapy: Systems for analyzing change*. American Psychological Association, Washington.
- BION, W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Tr. it. Armando, Roma 2016.
- BION, W.R. (2005), *Seminari italiani*. Tr. it., Borla, Roma 2012.
- BLEGER, J. (1969), “Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni”. In BLEGER, J. (a cura di), *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. Tr. it. Lauretana, Milano 1989, pp. 187-200.
- BLEGER, J. (1969), *Simbiosi e ambiguità. Studio psicoanalitico*. Tr. it. Armando, Roma 2010.
- BLOCH, S., CROUCH, E. (1985), *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford University Press, Oxford.
- BOCK, P.K. (1978), *Antropologia culturale moderna*. Tr. it. Einaudi, Torino 1978.
- BOLLAS, C. (1989), *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2018.
- BURLINGAME, G., GLEAVE, R., BEECHER, M., GRINER, D., HANSEN, K., JENSEN, J., WORTHEN, V., SVIEN, H. (2017), *Administration and Scoring Manual for the Group Questionnaire*. Salt Lake City, OQ Measures.
- BURLINGAME, G. M., FUHRIMAN, A., JOHNSON, J. (2002), “Cohesion in group psychotherapy”. In Norcross, J. (a cura di), *A guide to Psychotherapy Relationships That Work*. Oxford University Press, Oxford, pp. 71-88;
- BURLINGAME, G.M., LEE, J., REID C.R. (2008), “Efficacia ed effectiveness della psicoterapia di gruppo”. In LO COCO, G., PRESTANO, C., LO VERSO G., (a cura di), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 35-42.
- BURLINGAME, G.M., MACKENZIE K.R., STRAUSS B. (2004), “Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change”. In LAMBERT, M. (a cura di), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (5th ed.)*. Wiley, New York, pp. 648-696.

- BURLINGAME, G.M., STRAUSS, B., JOYCE, A., MACNAIR-SEMANDS, R., MACKENZIE, K.R., OGRODNICZUK, J., TAYLOR, S. (2006), *Core Battery-Revised: An Assessment Tool Kit for Promoting Optimal Group Selection, Process And Outcome*. AGPA, New York.
- CAROZZA, P. (2003), *La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni. Aspetti clinici e organizzativi*. FrancoAngeli, Milano.
- CAROZZA, P. (2006), *Principi di riabilitazione psichiatrica*. FrancoAngeli, Milano.
- CAROZZA, P. (2010), *La psichiatria di comunità fra scienza e soggettività*. FrancoAngeli, Milano.
- CHIARI, G., NUZZO, M.L. (2010), *Constructivist psychotherapy: A narrative hermeneutic approach*. Routledge, London.
- CORBELLA, S., GIRELLI, R., MARINELLI, S. (2004), *Gruppi omogenei*. Borla, Roma.
- CORRAO, F. (1998), *Orme. Volume II, Contributi alla psicoanalisi*. Raffaello Cortina, Milano.
- CORREALE, A. (2007), *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla, Roma.
- DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (2006), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina, Milano.
- D'AMATO, A., MAJER, V. (2005), *Il vantaggio del clima. La ricerca del clima per lo sviluppo organizzativo*. Raffaello Cortina, Milano.
- DI MARIA, F., FORMICA, I. (2009), *Fondamenti di gruppoanalisi*. il Mulino, Bologna.
- DI MARIA, F., LO VERSO, G. (2002), *Gruppi. Metodi e strumenti*. Raffaello Cortina, Milano.
- DI NUOVO, S., LO VERSO, G. (2005), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*. FrancoAngeli, Milano.
- DONALDSON, M. (1978), *Come ragionano i bambini*. Tr. it. Springer, Milano 2009.
- ERCOLANI, A.P., ARENI, A., LEONE, L. (2002), *Statistica per la psicologia. Fondamenti di psicometria e statistica descrittiva (vol. I)*. il Mulino, Bologna.
- ERCOLANI, A.P., ARENI, A., LEONE, L. (2008), *Elementi di psicologia per la statistica*. il Mulino, Bologna.
- FERRARO, A.M., LO VERSO, G. (2007), *Disidentità e dintorni*. FrancoAngeli, Milano.
- FOULKES, S.H. (1976), *La psicoterapia gruppo-analitica. Metodi e principi*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1978.
- FREUD, S. (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'io*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino.
- GEDO, J.E., GOLDBERG, A. (1973), *Modelli della mente*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1975.
- GIANNONE, F., LO VERSO, G. (1998), *La psicoterapia e la sua valutazione*. FrancoAngeli, Milano.
- GIORDANO, C., DI BLASI, M., (2019), "Il monitoraggio clinico ed empirico dei gruppi di psicoterapia". In VASTA, F.N., GULLO, S., GIRELLI, R. (a cura di), *Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica*. Alpes, Roma, pp. 109-126.

- GIORGI, M. (2022), *Narrazione e rappresentazione nella psicodinamica di gruppo*. FrancoAngeli, Milano.
- HANNERZ, U., (1992), *La complessità culturale. L'organizzazione sociale del significato*. Tr. it. il Mulino, Bologna 1998.
- HARTMAN, J.J. (1981), "Group cohesion and the regulation of self esteem". In Kellerman, H. (a cura di), *Group Cohesion*. Grune and Stratton, New York.
- HESS, R. (2015), *Pensare l'istituzione con George Lapassade*. Sensibili alle foglie, Rebibbia.
- HINSELWOOD, R. (1987), *Cosa accade nei gruppi*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1989.
- KAES, R. (1993), *Il gruppo e il soggetto del gruppo*. Tr. it. Borla, Roma, 1994.
- KAES, R. (1994), *La parola e il legame. Processi associativi nei gruppi*. Tr. it. Borla, Roma 1996.
- KAES, R. (1999), *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Tr. it. Borla, Roma 2006.
- KELLERMAN, H. (1981), *Group Cohesion*. Grune and Stratton, New York.
- KOUTH, H. (1977), *La guarigione del sé*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1980.
- KROGEL, J. (2008), *The Group Questionnaire: A New Measure of the Group Relationship. All Theses and Dissertations*. Brigham Young University, Provo, UT.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1978), *Mito e significato*. Tr. it. il Saggiatore, Milano 1995.
- LEWIN, K., *La teoria, la ricerca, l'intervento*. Tr. it. il Mulino, Bologna 2005.
- LO COCO, G., PRESTANO, C., LO VERSO, G. (2008), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Raffaello Cortina, Milano.
- LO IACONO, A., MILAZZO, P. (2007), *La sala degli specchi. Comunicazione e psicologia gruppale. Strumenti di lavoro per la comunicazione di gruppi in ambito psicoterapeutico e psicosociale*. FrancoAngeli, Milano.
- LO VERSO, G. (1994), *Le relazioni soggettuali. Fondazione della psicologia dinamica e clinica*. Bollati Boringhieri, Torino;
- LO VERSO, G., DI BLASI, M. (2011), *Gruppoanalisi soggettuale*. Raffaello Cortina, Milano.
- LO VERSO, G., GIUNTA, S. (2019), "Introduzione ai gruppi psicodinamici: parametri per qualificare i dispositivi terapeutici". In VASTA, N., GULLO, S., GIRELLI, R. (a cura di), *Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica*. Alpes, Roma, pp. XIII-XIX.
- MACKENZIE, K.R. (1983), "The clinical application of group measure". In DIES R.R., MACKENZIE, K.R. (1994) (a cura di), *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis*. Wiley & Sons, New York, pp. 223-268.
- MANNARINI, S. (2008), *Psicometria. Fondamenti, metodi e applicazioni*. il Mulino, Bologna.
- MANNARINI, S. (2010), *Metodi di analisi per variabili discrete. Complementi e problemi*. Imprimerie, Padova.

- MOOS, R.H. (1974), *Evaluating Treatment Environments: A Social Ecological Approach*. Wiley, New York.
- NAPOLITANI, D. (1987), *Individualità e gruppaltà*. Bollati Boringhieri, Torino.
- NERI, C. (1996), *Gruppo*. Raffaello Cortina, Milano.
- NERI, C. (2021), *Il gruppo come cura*. Raffaello Cortina, Milano.
- PEARCE, B. (1994), *Interpersonal Communication: Making Social Words*. Harper Collins, New York.
- PEARCE, B., CRONEN, V. (1980), *Communication Action and Meaning*. Praeger, New York.
- PEDON, A., GNISCI, A. (2016), *Metodologia della ricerca psicologica*. il Mulino, Bologna.
- PINES, M. (1998), *Riflessioni circolari*. Tr. it. Borla, Roma 2000.
- STOROLOW, R.D., ATWOOD, G.E., BRANDCHAFT, B. (1994), *La prospettiva intersoggettiva*. Tr. it. Borla, Torino 1996.
- STRAUSS, B., BURLINGAME, G.M., BORMANN, B. (2008), “Ricerca sul processo della psicoterapia di gruppo”. In Lo Coco, G., Prestano, C., Lo Verso, G. (a cura di), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 69-90.
- VANNI, F. (1970), *Saggi di psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- VANNI, F. (1979), “Saggi di psicoterapia di gruppo”. IN FESTINI CUCCO W., FALCO G. (1994), *Gruppo e psicoanalisi. Teoria e pratica terapeutica istituzionale*. FrancoAngeli, Milano.
- VANNI, F. (1984), *Modelli mentali di gruppo*. Raffaello Cortina, Milano.
- VANNI, F., SACCHI, M. (1992), *Gruppi e identità*. Raffaello Cortina, Milano.
- VASTA, F.N., GIRELLI R., GULLO, S. (2013) (a cura di), *Quale omogeneità nei gruppi? Elementi di teoria, clinica, ricerca*. Alpes, Milano.
- VASTA, F.N., GULLO, S., GIRELLI, R. (2019) (a cura di), *Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica. Una guida per il clinico*. Alpes, Milano.
- YALOM, I., LESZCZ, M. (1970), *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 2020.

Articoli

- AMBROSIANO, I., DRUETTA, V., PISTERZI, A. GULLO S. (2020), “La relazione clinica mediata dallo schermo nella psicoterapia di gruppo online”. In *Gruppi*, XXI, 2, pp. 91-105.
- ANCONA, L. (1999), “Complessità e gruppi”. In *Gruppi*, 2, pp. 23-50.
- ANTHONY, W.A. (1993), “Recovery from mental illness: The new vision of services researchers. Innovations and Research”. In *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), pp. 11-23.
- BAUER, S., WOLF, M., HAUG, S. KORDY, H. (2011), “The effectiveness of internet chat groups in relapse prevention after inpatient psychotherapy”. In *Psychotherapy Research*, 21, 2, pp. 219-226.

- BEGOVAR, B., BEGOVAR, I. (2013), "Group cohesion and coherency and a threat of loss in the analytic group. In *Group Analysis*, <https://doi.org/10.1177/0533316413480084>.
- BRAATEN, L. (1990), "The different patterns of group climate: Critical incidents in high and low cohesion sessions of group psychotherapy: A 5-years retrospective". In *Int. J. Group Psychother.*, 40, pp. 477-493.
- BROWN, N. (2003), "Conceptualizing Process". In *Int. J. Group Psychother.*, 53, pp. 225-247.
- BUDMAN, S.H., SOLDZ, S., DEMBY, A., FELDSTEIN, M., SPRINGER, T., DAVIS, M.S. (1989), "Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy". In *Psychiatry*, 52, pp. 339-350.
- BURLINGAME, G.M., MCCLENDON, D.T., ALONSO, S. (2011), "Cohesion in group therapy". In *Psychotherapy*, 48, pp. 34-42.
- BURLINGAME, G., WHITCOMB, K., WOODLAND, S., OLSEN, J., BEECHER, M., GLEAVE, R. (2018), "The effects of relationship and progress feedback in group psychotherapy using the GQ and OQ-45: A randomized clinical trial". In *Psychotherapy*, 55(2), pp. 116-131
- CHAPMAN, C.L., BAKER, E.L., PORTER, G., THAYER, S.D., BURLINGAME, G.M. (2010), "Rating group therapist interventions: The validation of the Group Psychotherapy Intervention Rating Scale". In *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14(1), pp. 15-31.
- CHIAPPELLI, M., LO COCCO, G., GULLO, S., BENSI, L., PRESTANO, C. (2008), "L'Outcome Questionnaire 45.2. Adattamento italiano di uno strumento per la valutazione dei trattamenti psicologici". In *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 2, pp. 152-161.
- CHIARI, G. (2016), "La psicoterapia costruttivista ermeneutica: un'elaborazione in chiave narrativa delle idee di George A. Kelly". In *Costruttivismi*, 3, pp. 14-39.
- CHIARI, G., NUZZO, M.L. (2006), "Exploring the sphere of between: The adoption of a framework of complementarity and its implications for a constructivist psychotherapy". In *Theory & Psychology*, 16, pp. 257-275.
- CORBELLA, S. (1999), "Essere e divenire nel gruppo". *Gli Argonauti*, 83.
- CORREALE, A. (1995), "Introduzione". In CORREALE, A., NERI, C., CONTORNI, S. (a cura di), "I fattori terapeutici nei gruppi e nelle istituzioni". In *Quaderni di Koinos*, 2, pp. 20-21.
- CORBELLA, S., GIRELLI, R., MARINELLI, S. (2022), "Gruppi omogenei: teoria e clinica nel campo mentale omogeneo", In Mario Rossi Monti, Recensioni, <https://www.funzionegamma.it/gruppi-omogenei-teoria-e-clinica-del-campo-mentale-omogeneo-silvia-corbella-raffaella-girelli-stefania-marinelli/>.
- CORSINI, R. ROSENBERG, B. (1955), "Mechanism of group psychotherapy: Processes and dynamics". In *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, pp. 406-411.
- de Bitencourt Machado, D., Braga Laskoski, P., Trelles Severo, C., Margareth Siqueira Bassols, A., Sfoggia, A., Kowacs, C., Valle Krieger, D., Benetti Torres, M., Bento Gastaud, M., Stella Wellausen, R., Teche, S. Laks Eizirik, C. (2016), "A Psychodynamic perspective on a systematic review of online psychotherapy for adults". In *British J. of Psychotherapy*, 32, 1, pp. 79-108.

- DE MAAT, S., DE JONGHE, F., SCHOEVEERS, R. DEKKER, J. (2009), "The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies". In *Harvard Review of Psychiatry*, 17 (1), pp. 1-23.
- EZRIEL, H.A., "A psycho-analytic approach to group treatment". In *British Journal of Medical Psychology*, 23, pp. 59-74.
- FRUGGERI, L. (1998), "Dal costruttivismo al costruzionismo sociale: implicazioni teoriche e terapeutiche". In *Psicobiettivo*, XVIII, 1, pp. 37-48.
- FUHRIMAN, A., BURLINGAME, G.M. (1990), "Consistency of matter: A comparative analysis of individual and group process variables". In *Counseling Psychologist*, 18, pp. 6-63.
- GASSEAU, M., GULLO, S. (a cura di) (2011), "La ricerca empirica in psicodinamica di gruppo", Atti del I seminario nazionale, COIRAG, <https://www.coirag.org/web/wp-content/uploads/commissione-scientifica/quaderni/csr-quaderni-16-la-ricerca-empirica-in-terapia-psicodinamica-di-gruppo.pdf>.
- 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 Etnografia dell'interazione quotidiana Prospettive cliniche e sociali*, 7, 2.
- GIANNONE, F., GUARNACCIA, C., GULLO, S., DI BLASI, M., GIORDANO, C., LO COCO, G. BURLINGAME, G. (2020), "Italian adaptation of the Group Questionnaire: Validity and factorial structure". In *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23, 2, pp. 133-144.
- GIORDANO, C., GIANNONE, F. (2011), "La terapia di gruppo. Efficacia clinica e utilità sociale. Un progetto nazionale di ricerca". In GASSEAU, M., GULLO, S. (a cura di), "La ricerca empirica in psicodinamica di gruppo", Atti del I seminario nazionale, COIRAG, <https://www.coirag.org/web/wp-content/uploads/commissione-scientifica/quaderni/csr-quaderni-16-la-ricerca-empirica-in-terapia-psicodinamica-di-gruppo.pdf>.
- GLEAVE, R., BURLINGAME, G., BEECHER, M., GRINER, D., HANSEN, K. JENKINS, S. (2017), "Feedback-informed group treatment: Application of the OQ-45 and Group Questionnaire (GQ)". In Prescott, D., Maeschalck, C., Miller, S. (a cura di), *Reaching for excellence: Feedback-informed treatment in practice*, 366 BURLINGAME ET AL. (pp. 141-166). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000039-008>.
- GOLKARAMNAY, V., BAUER, S., HAUG, S., WOLF, M., KORDY, H. (2007), "The exploration of the effectiveness of group therapy through an internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study". In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 4, pp. 219-225.
- GRINER, D., BEECHER, M.E., BROWN, L.B., MILLET, A.J., WORTHEN, V., BOARDMAN, R. D., HANSEN, K., COX, J., GLEAVE, R.L. (2018), "Practice-based evidence can help! Using the Group Questionnaire to enhance clinical practice". In *Psychotherapy*, 55(2), pp. 196-202.
- GULLO, S., COPPOLA, E., LO VERSO, G. (2010), "La valutazione delle psicoterapie: una introduzione". In *Gruppi*, 12 (1), pp. 11-25.

- 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*, 2(13), pp. 78-96.
- GULLO, S., LA PIETRA, F. (2011), "Considerazioni su alcuni aspetti metodologici della ricerca in psicoterapia di gruppo". In GASSEAU, M., GULLO, S. (a cura di), *La ricerca empirica in psicoterapia di gruppo*, Atti del I seminario nazionale, COIRAG. quad. n. 11.
- HASTINGS-VERTINO, K., GETTY, C., WOOLDRIDGE, P. (1996), "Development of a tool to measure therapeutic factors in group process". In *Archives of Psychiatric Nursing*, 10 (4), pp. 221-228.
- HOLMES, S., KIVLIGHAN, D. (2000), "Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes". In *J. Counsel. Psychol.*, 4, pp. 478-484.
- HOERMANN, S., MCCABE, K.L., MILNE, D.N., CALVO, R.A. (2017), "Application of synchronous text-based dialogue systems in mental health interventions: Systematic Review". In *J. of Medical Internet Tesearch*, 19, 8, e267.
- HOROWITZ, M., ROSENBERG, S.E., BAER, B.A., URENO, G., VILLASENOR, V.S. (1988), "Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 549-560.
- JENSEN, J. BURLINGAME, G. (2018), "An item reduction analysis of the Group Questionnaire". In *Psychotherapy*, 55(2), pp. 144-150.
- JOHNSON, J.E., BURLINGAME, G.M., OLSEN, J., DAVIES, D.R., GLEAVE, R.L. (2005), "Group climate, cohesion, alliance and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models". In *Journal of Counseling Psychology*, 52 (3), pp. 310- 321.
- JOYCE, A.S., PIPER, W.E., OGDONICZUK, J.S. (2007), "Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy". In *International Journal of Group Psychotherapy*, 57, pp. 269-296.
- KAËS, R. (2007), "Per una terza topica dell'intersoggettività e dell'individuo all'interno dello spazio psichico comune e condiviso". In ZAVATTINI, G.C. (a cura di), "Il luogo dell'inconscio non è solo la mente individuale: modelli teorici a confronto". In *Funzione Gamma*, 21, www.funzionegamma.edu.
- KESSLER, D., LEWIS, G., KAUR, S., WILES, N., KING, M., WEICH, S., PETERS, T.J. (2009), "Therapist-delivered Internet Psychotherapy for depression in primary care: A randomised controlled trial". In *Lancet*, 374, pp. 628-634.
- KIVLIGHAN, D., LO COCO, G., OIENI, V., GULLO, S., PAZZAGLI, C., MAZZESCHI, C. (2017), "All bonds are not the same: A response surface analysis of perceptions of positive bonding in therapy groups". In *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 21(3), pp. 159-177.
- KROGEL, J., BURLINGAME, G., CHAPMAN, C., RENSHAW, T., GLEAVE, R., BEECHER, M. MACNAIR-SEMANDS, R. (2013), "The Group Questionnaire: A clinical and empirically derived measure of group relationship". In *Psychotherapy Research*, 23, 3, pp. 344-354.

- LAMBERT, M.J., HANSENS, B.S., FINCH, A.E. (2001), "Patientfocused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, pp. 159-172.
- LESE, K., MACNAIR-SEMANDS, R. (2000), "The therapeutic factors inventory: development of a scale". In *Group*, 24 (4), pp. 303-317.
- LO COCO, G., GULLO, S., KIVLIGHAN, D.M. (2012), "Examining patients' and other group members' agreement about their alliance to the group as a whole and changes in patient symptoms using response surface analysis". In *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), pp. 197-207.
- LO COCO, G., GULLO, S., OIENI, V., GIANNONE, F., DI BLASI, M., KIVLIGHAN, D.M. (2016), "The relationship between attachment dimensions and perceptions of group relationships over time". In *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 20(4), pp. 276-293.
- LORENTZEN, S., HOGLEND P. (2004), "Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy". In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, pp. 25-35.
- MACNAIR-SEMANDS, R., LESE, K. (2000), "Interpersonal problems and perception of therapeutic factors in group therapy". In *Small Group Research*, 31, pp. 158-174.
- MARINELLI, S. (2000), "Associazione per la ricerca sul gruppo omogeneo. Presentazione dell'area tematica". In *Funzione Gamma*, <http://www.funzionegamma.it/argo/psicoterapiadigruppo.htm>.
- MARMOSH, C.L., SPROUL, A. (2021), "Group Cohesion: Empirical evidence from group psychotherapy for these studying other areas of group work". In PARKS, C.D., TASCIA, G.A. (a cura di), *The Psychology of Groups: The intersection of social psychology and psychotherapy research*. American Psychological Association, <https://psycnet.apa.org/record/2020-56134-010>.
- MAROGNA, C., CACCAMO, F., PALENA, A. (2011), "Il gruppo e il processo terapeutico tra cambiamenti ed evoluzioni". In *Gruppi*, 3.
- MAROGNA, C., PAVAN F., FURIN A., SILVESTRI A. (2019), "I soci COIRAG e le nuove tecnologie: un'inchiesta della Rivista *Gruppi*". In *Gruppi*, 1.
- MARZIALI, E., MUNROE-BLUM, H., MCCLEARY, L. (1997), "The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy". In *International Journal of Group Psychotherapy*, 47 (4), pp. 475-497.
- MORENO, J.L. (1937), "Inter-personal therapy and the psychopathology of inter-personal relations". In *Sociometry*, 1, pp. 9-76.
- PEZZOLI, F. (2000), "Fasi del processo terapeutico gruppale viste attraverso l'analisi dei sogni". In *Psychomedia*, <https://www.psychomedia.it/pm/grpther/grppt/pezzoli.htm>.
- PINES, M., (2002), "The coherency of group analysis". In *The Group Analytic Society*, 35 (1), pp. 13-26.
- PIPER, W.E., MARRACHE, M., LACROIX, R., RICHARDSEN, A.M., JONES, B.D. (1983), "Cohesion as a basic bond in groups". In *Human Relations*, 36, pp. 93-108.

PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C., NORCROSS, J.C. (1992), "In search of how people change: Applications to addictive behaviors". In *American Psychology*, 47, pp. 1102-1114.

ROHRBAUGH, M., BARTELS, B.D. (1975), "Participants' perception of 'curative factors' in therapy and growth group". In *Small Group Behavior*, 6, pp. 430-456.

ROSSI MONTI, M. (2004), Recensione di S. Corbella, R. Girelli, S. Marinelli (a cura di), "Gruppi omogeni. Teoria e clinica del campo mentale omogeno". Roma, Borla. Funzione Gamma, <http://www.funzionegamma.it/category/recensioni>.

SELIGMAN, M. (1995), "The effectiveness of psychotherapy". In *American Psychologist*, 50, pp. 965-974.

SHEDLER, J. (2010), "The efficacy of psychodynamic psychotherapy". In *American Psychologist*, 65 (2), pp. 98-109.

SILVESTRI, A., FERRUZZA, E. (2012), "Originalità e valore euristico del pensiero di Ferdinando Vanni sulla psicoterapia di gruppo". In *Gruppi*, 1, pp. 51-77.

TJELTA, S. (2020), "Ceci n'est pas une pipe: From the Circle to the Screen – Using Video-links to do GA?". In *Contexts*, 88, <https://groupanalyticsociety.co.uk/contexts/issue-88/articles/ceci-nest-pas-une-pipefrom-the-circle-to-the-screen-using-video-links-to-do-ga/>.

WINNICOTT, D. (1960), "The theory of the parent-infant relationship". In *International Journal of Psychoanalysis*, 42, pp. 485-495.