

Un gruppo sui problemi interpersonali a tempo determinato in contesto ambulatoriale

di Emanuela Fedrizzi*, Alice Marzadro** e Elena Bravi***

[Ricevuto il 18/12/2018
Accettato il 12/06/2020]

Riassunto

Si presenta uno studio clinico di un gruppo ambulatoriale a tempo limitato con focus sui problemi interpersonali realizzato utilizzando un modello sviluppato originariamente da MacKenzie che ha concettualizzato un gruppo psicoterapeutico chiuso per adattare interventi brevi e focali all'ambito della salute pubblica. L'articolo intende illustrare l'uso del gruppo sui problemi interpersonali, esemplificare come misure individuali e di gruppo di *outcome* possono essere un aiuto aggiuntivo della pratica clinica e mostrare come i sintomi ansiosi e depressivi che cadono nello spettro dei disturbi dell'umore possano essere trattati con un modello di gruppo che interviene focalmente sulle relazioni interpersonali attuali. Lo studio mette in evidenza come il gruppo sui problemi interpersonali che prevede solo pochi criteri di esclusione (disturbi della condotta, fase acuta per separazioni, lutti, suicidalità, significative caratteristiche di un disordine borderline di personalità) rappresenti una modalità di trattamento a cui indirizzare un'ampia e difficile popolazione di pazienti afferenti all'area della salute mentale pubblica.

Parole chiave: Psicoterapia, Interpersonale, Psicoterapia, Gruppo, Disturbi, Umore.

* Psicoterapeuta a indirizzo analitico individuale e di gruppo, dirigente psicologa Unità operativa di psicologia – APSS di Trento (piazza Leoni, 11/A – 38068 Rovereto); emanuela.fedrizzi@apss.tn.it

** Psicologa specializzanda presso l'Istituto di Terapia Familiare Veneto (studio Policura, via del Garda, 44/Bis – 38068 Rovereto); marzadro.alice@gmail.com

*** Direttore Area Salute Mentale – APSS di Trento, Centro per i servizi sanitari, viale Verona – 38123 Trento elena.bravi@apss.tn.it

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 2/2020
Doi: 10.3280/gruoa2-2020oa12581

CONTRIBUTI ORIGINALI

Abstract. *A Limited-time group on interpersonal problems in an outpatient setting*

In this paper is presented a clinical study of a limited-time outpatient group with a focus on interpersonal problems. This study was realized using the MacKenzie's model that has conceptualized a closed psychotherapeutic group to adapt short and focal interventions to public health. With this article we intend to explain the use of the group of interpersonal problems and to show how individual and group outcome measures can be a support to clinical practice. Furthermore, we want to show how the anxious and depressive symptoms of mood disorders can be treated with a group model that focuses on current interpersonal relationships. There are only a few exclusion criteria for the group of interpersonal problems: conduct disorders, acute phase due to separation, grief or suicidality, significative characteristics of borderline personality disorder. In conclusion, the study shows that the group of interpersonal problems represent a treatment for a large and difficult population of patients in the area of public mental health.

Keywords: Psychotherapy, Interpersonal, Psychotherapy, group, Mood, Disorder.

*Il gruppo terapeutico veramente valido
diventa anzitutto un'arena dove i pazienti
interagiscono liberamente gli uni con gli altri;
poi li aiuta a identificare e comprendere
ciò che non va nelle loro interazioni,
e infine li rende capaci di modificare
questi modelli comportamentali maladattivi.*
Irvin D. Yalom (1995)

Questo studio su un gruppo ambulatoriale a tempo limitato con focus sui problemi interpersonali¹ è presentato con l'obiettivo di illustrare l'applicazione di un modello sviluppato originariamente da MacKenzie² che ha concettualizzato lo sviluppo di un gruppo psicoterapeutico chiuso in quattro fasi (coinvolgimento, differenziazione, lavoro interpersonale e fase finale) per adattare interventi brevi all'ambito della salute pubblica. Il modello è a

¹ Questo lavoro nasce nell'ambito delle attività ambulatoriali dell'Unità Operativa di psicologia dell'Azienda Provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento.

² Studioso statunitense noto in Italia per i suoi contributi nell'ambito della Society for Psychotherapy Research. Psicoterapeuta esperto nella terapia di gruppo, presidente dell'American Group Psychotherapy Association e del National Registry of Certified Group Psychotherapists.

tempo limitato³; il gruppo si conclude nell'arco di massimo sei mesi dall'inizio dell'intervento, si concentra sui problemi relazionali fondamentali e offre buone opportunità operative per trattare diverse categorie di pazienti.

MacKenzie (1997) parte dall'idea che il piccolo gruppo interattivo è un ambiente capace di fornire naturalmente molte proprietà del sostegno psicologico e può quindi essere utilizzato per erogare molti trattamenti anche diversi nella teoria di riferimento. La proposta dell'autore si basa sulla constatazione che nei servizi pubblici la maggioranza dei pazienti partecipa a meno di otto incontri e solo una minoranza prosegue per sei mesi il trattamento e sulla conseguente utilità di concepire uno strumento tecnico adatto a questo tipo di utenza in genere trascurata dalla psicoterapia perché non ritenuta adatta o non motivata a seguire un trattamento individuale. Un secondo dato di partenza fa riferimento al trend del miglioramento tipico della psicoterapia di gruppo laddove, secondo i dati forniti dell'autore, la curva del miglioramento sale rapidamente entro le ventisei sedute per poi ridursi progressivamente per gli ulteriori incontri. L'idea di MacKenzie è di valorizzare questo andamento naturale del gruppo mettendo a punto una tecnica terapeutica che produca il massimo dei risultati con il minor numero di sedute. In questo format di terapia è richiesta una solida alleanza terapeutica e, a livello di gruppo, una buona coesione e una tecnica di conduzione che favorisce dinamiche di gruppo che riducono la durata del trattamento.

Questo lavoro intende documentare l'efficacia di un intervento di gruppo a tempo determinato che si concentra sulle relazionali attuali nell'affrontare i sintomi caratteristici dei disturbi dell'umore, illustrare l'uso del gruppo sui problemi interpersonali, presentare i questionari utilizzati nel setting clinico e mostrare l'uso di misure individuali e di gruppo di *outcome* come un aiuto aggiuntivo alla pratica clinica psicoterapeutica.

Focus sulle relazioni attuali

Una parte consistente dei pazienti che giungono ai nostri ambulatori con una richiesta di intervento presenta disturbi dell'umore con sintomi ansiosi e depressivi che spesso mettono in crisi modalità consolidate, e sino a quel momento più o meno efficaci ma certe, di fronteggiare le difficoltà di vita. Talvolta a questi disturbi dell'umore si associano vari altri sintomi come per esempio disturbi alimentari, pattern di dipendenza, disturbi di adattamento

³ Indicazioni utili per differenziare l'uso clinico del dispositivo a lungo termine da quello a breve termine in ambito psicodinamico ci vengono fornite a livello internazionale dalle ricerche svolte dal gruppo di Lorentzen (2013, 2015) in Norvegia.

che, se si mantengono nel tempo, possono strutturarsi in disturbi cronici come una distimia o un disturbo di personalità. In genere si tratta di stati di malessere che interferiscono significativamente con le occupazioni quotidiane tanto che i pazienti chiedono di essere aiutati a fronteggiare innanzitutto i sintomi al fine di ripristinare nel più breve tempo possibile i loro precedenti funzionamenti. E, in effetti, in taluni casi può essere necessario attivare fin da subito interventi volti a contenere gli aspetti più destrutturanti dei sintomi (per esempio con un trattamento dei sintomi che impediscono al paziente di attendere alle attività quotidiane o che mettono in pericolo la propria o l'altrui incolumità). A un ascolto più profondo, tuttavia, dai racconti dei nostri pazienti emergono per lo più eventi di vita che quasi invariabilmente investono le loro relazioni interpersonali più strette (perdite, lutti, separazioni, contrasti con persone significative, transizioni di ruolo) e che gli stessi pazienti in modo più o meno esplicito chiedono di essere aiutati a governare. In un contesto di cure primarie con queste caratteristiche può essere utile assumere modelli psicodinamici interpersonali che pongono attenzione alle relazioni attuali dell'individuo e a come queste influenzano la personalità in evoluzione e la psicopatologia⁴.

Già negli anni Cinquanta sulla scena psicoanalitica americana Sullivan (1953), con la sua teoria interpersonale, proponeva di vedere la depressione e l'ansia come manifestazioni delle distorsioni e della complessità delle relazioni interpersonali di un individuo. Per comprendere la sofferenza dei pazienti suggeriva di mettere attenzione sugli scambi interpersonali reali (e non fantasmatici) e dava indicazione di osservare come il paziente comunica con gli altri significativi e come i suoi assunti determinano ciò che gli altri possono pensare o provare.

Seguendo le indicazioni di Sullivan, nei racconti dei pazienti si dovrebbero rintracciare le comunicazioni indirette, confuse, incongrue e marcatamente disfunzionali in modo da mettere al centro della cura le relazioni interpersonali attuali che diventano il focus dell'intervento. Pur riconoscendo l'importanza delle esperienze d'interazione precoci che sono interiorizzate come modelli di attaccamento e influenzano sia i sintomi che le capacità dell'individuo di valutare la realtà interpersonale, ci si dovrebbe porre l'obiettivo di focalizzare le relazioni attuali sulle quali lo psicoterapeuta si dovrebbe impegnare ad assumere un ruolo attivo. Il trattamento dovrebbe essere orientato ad aiutare il paziente a identificare il suo contributo nel ricreare in modo inconsapevole particolari situazioni interpersonali molto frustranti ma comprensibili se lette alla luce dei modelli evolutivi che sono stati interiorizzati.

⁴ Sono modelli teorici che si sono sviluppati a partire dalla teoria interpersonale di Harry Stack Sullivan, autore che propone una visione dell'uomo come risultato delle sue relazioni interpersonali e delle sue interazioni culturali e ambientali.

Non diversamente dai modelli interpersonali contemporanei, si assume qui che la relazione terapeutica diventi un legame trasformativo per mezzo del quale condurre il paziente a comprendere le convinzioni più automatiche, inconsapevoli e a volte distorte su se stesso e sugli altri che possono dare origine alla comparsa dei sintomi⁵. D'altra parte, la letteratura più recente autorizza, anzi incoraggia, a trattare i sintomi che cadono nello spettro dei disturbi dell'umore avvalendosi di terapie orientate alle relazioni attuali.

Negli anni Settanta, Klerman (1984) ha ideato un modello di terapia individuale breve per il trattamento di pazienti con depressione maggiore che interviene focalmente sulle relazioni interpersonali attuali e sulla funzione dei sintomi depressivi lasciando più sullo sfondo la struttura di personalità del paziente poiché, nell'ambito di un intervento terapeutico breve, si ritiene difficile ottenere un rimodellamento complessivo della personalità. L'*IPT* negli anni è stato adattato per il trattamento di una gamma di altre condizioni psicopatologiche.

Più recentemente è apparso uno studio in cui Fonagy e collaboratori (Lemma *et al.*, 2011) hanno messo a punto un protocollo di psicoterapia individuale breve (TDI) con un focus specifico sulle relazioni attuali. Tale protocollo è pensato specificamente per clinici di formazione dinamica che si occupano di pazienti con sintomi depressivi e ansiosi nell'area della salute mentale pubblica. Gli autori si sono posti l'obiettivo di documentare quanto un approccio orientato dinamicamente che si concentra su aspetti interpersonali sia efficace nell'affrontare i sintomi caratteristici dei disturbi dell'umore, e si sono impegnati a costruire un modello di trattamento focale capace di dare risposta alle richieste di psicoterapia brevi più vicino ad approcci basati sulle evidenze che il settore pubblico della salute mentale sempre più raccomanda.

Lo studio parte dall'osservazione clinica comune che i pazienti sofferenti di sintomi depressivi e/o ansiosi quasi invariabilmente presentano anche difficoltà e disagi nelle loro relazioni interpersonali, e inquadra i disturbi dell'umore come risposte a difficoltà interpersonali e a minacce percepite all'attaccamento e, quindi, anche come minacce al sé. Fonagy e collaboratori concettualizzano la depressione e l'ansia come segnali di una sottostante disorganizzazione temporanea del sistema dell'attaccamento causata da problemi relazionali attuali che sostengono una varietà di distorsioni del

⁵ Sullivan aveva una concezione intersoggettiva della relazione terapeutica. Teneva in grande considerazione il transfert ma, per comprendere ciò che avveniva nella relazione terapeutica, non trascurava di analizzare ciò che succedeva tra il terapeuta e il paziente nella relazione reale. Era certamente convinto che il paziente avesse una percezione del terapeuta plasmata dalle sue esperienze passate ma pensava anche che il suo modo di stare dentro la relazione terapeutica fosse influenzato dall'esperienza attuale con il terapeuta.

pensiero e degli stati affettivi che sono tipiche degli stati mentali cronicamente depressi e ansiosi. Nel corso dei colloqui preliminari propongono di riformulare i sintomi di ansia e depressione come manifestazioni di un disturbo relazionale che il paziente non è in grado di comprendere o comprende in modo mal adattivo, attribuendo a se stesso o agli altri motivazioni che sono non plausibili o disfunzionali. Nella terapia è mantenuto un focus su questa crisi emotiva attraverso un'elaborazione dei pensieri e dei sentimenti (consci e inconsci) che sono maggiormente caratteristici di quel particolare paziente e rilevanti per il suo umore depresso o ansioso, per come emergono nel contesto della relazione terapeutica. Attraverso un'esplorazione focalizzata della relazione di transfert, il paziente è aiutato a sviluppare una migliore comprensione delle sue reazioni soggettive alle minacce. Nel corso del trattamento vengono rese esplicite le ansie e le preoccupazioni implicite attraverso un miglioramento della capacità del paziente di riflettere sui suoi e altrui sentimenti e questo potenzia, a sua volta, la capacità del paziente di gestire le minacce e le sfide interpersonali attuali connesse all'attaccamento. L'intervento si basa sul presupposto che una volta che il paziente viene aiutato ad apportare alcuni cambiamenti nel modo in cui affronta le sue difficoltà relazionali, i sintomi depressivi e ansiosi tenderanno tipicamente ad attenuarsi⁶.

Format del gruppo sui problemi interpersonali

I cinque membri del gruppo sono pazienti ambulatoriali giunti in struttura autonomamente e tramite invio del medico di medicina generale o dello psichiatra territoriale; alcuni sono alla loro prima richiesta di intervento mentre altri sono pazienti rientrati. Il gruppo è stato costruito con criteri di eterogeneità per età, sesso, ruolo e diagnosi ma sono stati salvaguardati aspetti di omogeneità per ciclo di vita. I pazienti inseriti nel gruppo sono, infatti, accomunati dal fatto di trovarsi in una fase di vita caratterizzata da aspetti di fragilità nella progettualità affettiva e lavorativa e da discrete difficoltà a gestire e godere pienamente delle relazioni interpersonali. Il gruppo è stato condotto

⁶ Come approccio, «la TDI è *interpersonale*, in quanto si focalizza in pieno sulle relazioni del paziente, interne ed esterne, nella misura in cui sono connesse al/i problema/i nella sua vita attuale, dando origine a sintomi depressivi o d'ansia. (...) si concentra sistematicamente sull'attivazione, nel presente, di una specifica, spesso inconscia, relazione oggettuale interiorizzata, che è collegata, in modo dotato di senso, alle problematiche attuali del paziente. La TDI è *dinamica* nel suo focus nella misura in cui si preoccupa di aiutare il paziente a comprendere l'interscambio tra la realtà interna ed esterna, qualora esso sia relativo a un pattern relazionale problematico circoscritto» e pertanto «essa si rivolge a un dominio inconscio dell'esperienza che (...) permette di accostarla ad altri modelli psicodinamici» (Lemma *et al.*, *op. cit.*, pp. IX-X).

da una psicoterapeuta formata sia per interventi in setting individuali che di gruppo ed è stata coinvolta, in qualità di osservatore partecipante, una psicologa tirocinante della struttura in formazione presso una scuola sistemico-relazionale.

L'*assessment* per ogni membro del gruppo ha richiesto due o tre sessioni e ha incluso, in aggiunta alla valutazione psicologica standard, un attento esame delle relazioni significative con particolare attenzione alla valutazione della personalità e dei modelli interpersonali con l'uso di questionari appropriati e il completamento di questionari di misurazione del cambiamento (vedi più avanti). L'arruolamento dei pazienti è stato svolto sulla base di requisiti specifici. Si è prestata particolare attenzione alla capacità di iniziare rapidamente un lavoro psicologico, alla capacità di tollerare lo stress che può emergere dal confronto con gli altri partecipanti e dall'aspettativa di mettere in pratica i cambiamenti e, infine, all'alleanza di lavoro maturata durante l'intervento propedeutico alla terapia di gruppo. Per la composizione del gruppo l'aspetto che si è ritenuto più rilevante è stato il livello di capacità psicologica con cui i partecipanti hanno mostrato di poter contribuire alla realizzazione del compito valutato su tre dimensioni con riferimento all'adattamento generale negli ultimi due anni, alla qualità delle relazioni oggettuali e alla mentalità psicologica.

Selezione/composizione/preparazione

I pazienti sono stati accettati nel gruppo se non avevano una forte inclinazione a disturbi della condotta, se non si trovavano in fase acuta per effetto di separazioni, lutti o attualità suicidale, e infine, se non presentavano significative caratteristiche di un disordine borderline di personalità. Sono stati preparati per l'esperienza di gruppo mediante la discussione di una scheda ideata da MacKenzie (1997, *op. cit.*) che mette in evidenza l'efficacia dei trattamenti di gruppo, come beneficiare al meglio dell'esperienza di gruppo, raccomandazioni riguardo riservatezza, aspettative e abuso di sostanze, considerazioni sui principali miti intorno ai gruppi. L'obiettivo di questa preparazione è di favorire la coesione, ridurre il *dropout* e stabilire un legame con il terapeuta che supporti la motivazione nelle prime sedute di trattamento. La scheda informativa, consegnata al paziente durante la pre-terapia, è stata commentata dettagliatamente per fornire un'idea chiara di come ottenere il massimo risultato dall'esperienza di gruppo.

Queste attività di pre-gruppo hanno lo scopo di consentire una rapida immersione nell'attività terapeutica e di aiutare a stabilire un contratto terapeutico preciso. Sono state previste alcune sedute di *feedback* per sensibilizzare

il paziente ai suoi modelli relazionali ricorrenti e per stimolare un atteggiamento introspettivo. Questi modelli sono stati poi il punto di partenza per stilare in collaborazione con ogni paziente una lista di tre obiettivi specifici riguardo ai problemi interpersonali individuali. La decisione di prevedere un momento in cui definire, anche formalmente, questi obiettivi si comprende se si pensa alla maggiore difficoltà di mantenere un chiaro focus sull'individuo nella complessità di un'interazione di gruppo rispetto a un format di psicoterapia individuale. Le sedute di *feedback* sono state programmate una o due settimane prima dell'inizio del gruppo in modo tale che il materiale fosse facilmente richiamato alla memoria.

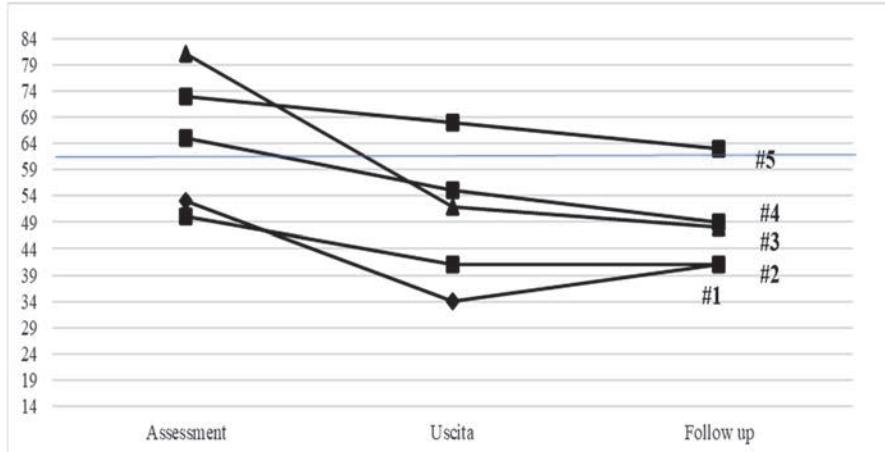
Il gruppo si è incontrato per 12 settimane con sedute di 90 minuti. L'introduzione dei partecipanti in prima seduta è stata centrata sulla condivisione con gli altri membri del gruppo dei tre obiettivi definiti per ogni paziente in pre-terapia. Le prime quattro sedute si sono incentrate sulla presentazione dei problemi sui quali ogni partecipante desiderava indirizzare il lavoro durante l'esperienza di gruppo. Questa presentazione formale degli obiettivi di ognuno è stata poi ripetuta a metà strada del trattamento. Sono state usate misure individuali di *outcome* e misurazioni di gruppo per valutare il processo gruppale nel suo divenire. Queste ultime sono misurazioni compiute nel tentativo di descrivere o predire i meccanismi che si verificano all'interno del gruppo e che producono un cambiamento nel paziente. La ricerca empirica ha studiato elementi processuali tipici del gruppo quali la coesione, il clima di gruppo, l'alleanza terapeutica, l'empatia (Giannone *et al.*, 2019), i fattori terapeutici (Marogna e Caccamo, 2019), variabili che in letteratura sono associate a un esito positivo della terapia e a minori tassi di *dropout* (Vasta e Girelli, 2019).

La *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)* (Derogatis, 1994), una scala composta da 90 item che valuta la presenza di sintomi patologici nell'ultima settimana sino al momento della valutazione, è la prima misurazione del cambiamento attuata. La scala è stata somministrata in *assessment*, a fine terapia e nuovamente a distanza di tre mesi. Per valutare i risultati d'esito del trattamento di gruppo è stato preso in considerazione il valore della scala *Global Severity Index (GSI)* indicatore della severità globale dei sintomi (fig. 1).

All'inizio della terapia tre pazienti presentavano un *Indice di Severità Globale (GSI)* che superava il *cut-off*⁷, indicativo della presenza di disturbi più gravi mentre in altri due pazienti il punteggio *GSI* si manteneva al di sotto della soglia patologica. A distanza di 12 settimane tutti i pazienti hanno avuto

⁷ Per i dati normativi ci si è riferiti allo studio di Derogatis (*op. cit.*).

Fig. 1 – Punteggi Global Severity Index (GSI) di Symptom Checklist 90-Revised



un miglioramento della sintomatologia: tre pazienti ottengono un cambiamento clinicamente significativo mentre altri due, nonostante i miglioramenti ottenuti, non presentano significatività nel cambiamento sintomatologico, ma va tenuto conto che, al momento dell'entrata nel gruppo, il valore di *GSI* era già sotto *cut-off*.

Con le medesime scadenze i membri del gruppo hanno completato anche l'*Inventario sui Problemi Interpersonali (IIP-32)* (Barkham *et al.*, 1996), un questionario breve di 32 item strutturato intorno a due dimensioni, *Affiliazione* e *Dominanza*, che indaga la presenza di specifiche difficoltà interpersonali e rileva un totale di otto stili interpersonali (fig. 2). La relazione tra queste misure interpersonali e l'esperienza di gruppo dei pazienti è stata discussa con questo schema come guida.

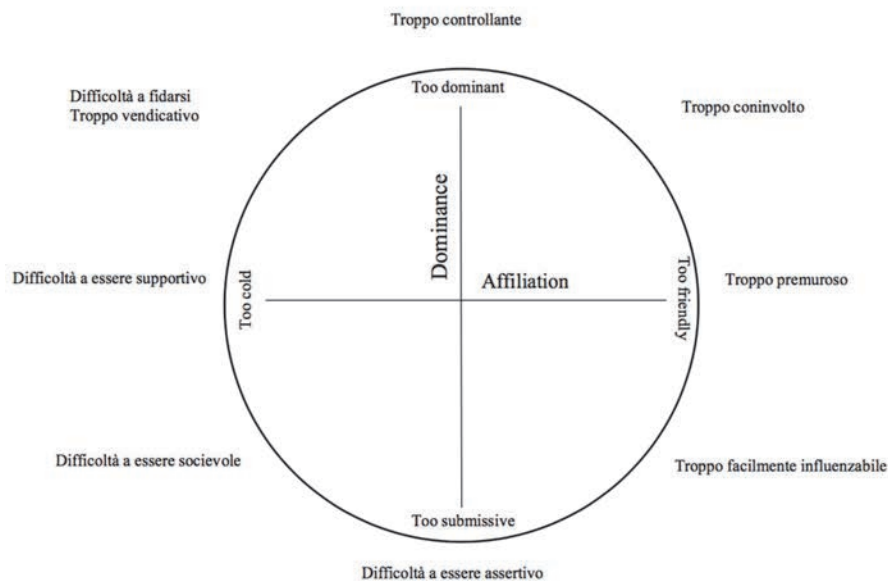
I risultati ottenuti nell'*IIP-32* sono condivisi con il paziente una prima volta individualmente alla fine del processo di *assessment*. In questa fase al paziente viene presentata la rappresentazione grafica del suo funzionamento interpersonale evidenziando le maggiori difficoltà riscontrate, questo con lo scopo di preparare il partecipante a riconoscere l'emergere nel gruppo dei suoi modelli relazionali tipici che di fatto sono gli stessi modelli che solitamente informano le sue relazioni esterne.

Dopo la condivisione del funzionamento interpersonale si incoraggia il paziente a individuare tre obiettivi specifici che intende raggiungere durante il percorso di psicoterapia. Gli obiettivi devono essere concreti e operazionalizzati in maniera chiara e specifica al fine di rendere il paziente più consapevole del suo funzionamento attuale e dei modelli interattivi che intende modificare.

La seconda somministrazione viene effettuata individualmente a conclusione dell'intervento di psicoterapia in modo da verificare come i modelli relazionali sono stati gestiti e modificati nel gruppo.

A distanza di tre mesi dall'ultima seduta di gruppo viene effettuata un'ultima somministrazione individuale di *follow up* per verificare la stabilità dei cambiamenti ottenuti.

Fig. 2 – Schema Inventario sui Problemi Interpersonali (IIP-modificato) (adattamento da Mackenzie et al., 2001; Lo Coco et al., 2018)

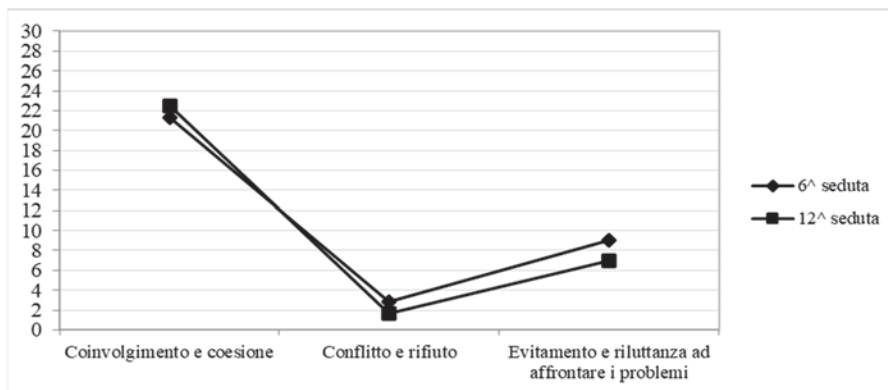


Per la valutazione di processo è stato adottato il *Questionario sul Clima di Gruppo (QCG)* (Costantini et al., 2002), una scala *self-report* con 12 item e tre sottoscale che misurano i livelli di coinvolgimento, di conflitto e di evitamento presenti nel corso di una seduta di gruppo. Il QCG è uno strumento in grado di valutare il clima che s'instaura tra i membri del gruppo nel corso di una seduta e di rilevare l'attivazione della coesione di gruppo, un particolare fattore terapeutico considerato predittore precoce di esito positivo e paragonabile all'alleanza terapeutica nelle terapie individuali. Il questionario è stato somministrato in sesta e dodicesima seduta (fig. 3).

In sesta seduta si è raggiunto un soddisfacente livello di coinvolgimento e un basso valore di conflitto. Questo primo risultato è fortemente auspicato dalle linee guida per la conduzione di un gruppo a tempo determinato poiché

la costruzione di una buona coesione di gruppo segnala l'avvenuta nascita del gruppo e fornisce indicazioni riguardo l'opportunità di focalizzare maggiormente le problematiche interpersonali individuali. Si segnala un valore abbastanza elevato della scala evitamento, indicativo di una certa riluttanza del gruppo ad affrontare le tematiche messe in agenda; il dato non si discosta dalle attese poiché la fase iniziale del gruppo è dedicata più alla costruzione di una buona coesione tra i membri mentre l'analisi delle problematiche individuali è lasciata a una fase più avanzata della terapia. In dodicesima seduta aumenta la coesione di gruppo e si riduce il conflitto. In verità si attendeva un innalzamento della scala del conflitto poiché col progredire del processo terapeutico il gruppo dovrebbe permettersi di fare emergere sempre più le differenze individuali e di lavorare su di esse. Nella conduzione si è forse accelerata eccessivamente la fase di differenziazione; non si può tuttavia escludere che il clima tipico della seduta di conclusione del gruppo, di norma caratterizzato da sentimenti positivi e concilianti, possa aver ridotto i livelli di conflitto. L'evitamento e la riluttanza ad affrontare i problemi sono invece decisamente diminuiti in dodicesima seduta e ciò conferma che il dispositivo gruppo è stato ben costruito come spazio potenziale di disvelamento di sé e di confronto tra i partecipanti.

Fig. 3 – Risultati Questionario sul Clima di Gruppo



A fine trattamento i membri del gruppo sono stati incoraggiati a mantenere un lavoro di sperimentazione nella realtà esterna degli obiettivi raggiunti nella terapia di gruppo. L'intervista di *follow-up* a tre mesi è stata prospettata come ulteriore opportunità per verificare lo stato clinico e i possibili desideri per futuri trattamenti.

Gestione del gruppo sui problemi interpersonali

Il gruppo sui problemi interpersonali ideato da MacKenzie (1997, *op. cit.*) è pensato per pazienti che hanno avuto problemi significativi ricorrenti nelle loro relazioni più strette. Offre l'opportunità di discutere approfonditamente i modelli relazionali attuali e passati e come questi abbiano influito sull'autostima. Viene prestata particolare attenzione alla natura dei modelli relazionali che si stabiliscono all'interno del gruppo tra i partecipanti e si esplorano i legami tra questi modelli e le loro esperienze relazionali precedenti, in particolare quelle riguardanti la famiglia di origine. È un modello di gruppo intensivo di psicoterapia in cui si affrontano principalmente i problemi dell'immagine di sé nell'ambito delle relazioni interpersonali utilizzando un orientamento teorico interpersonale-psicodinamico. Funziona come la psicoterapia di gruppo tradizionale a lungo termine ma con delle differenze nei limiti di tempo e con l'uso di parametri che fanno parte della letteratura sulla psicoterapia dinamica individuale breve.

Sin dall'inizio del gruppo si presta molta attenzione allo sviluppo della coesione di gruppo come funzione di sostegno a cui viene abbinata una componente più interpretativa attraverso le attività di focalizzazione del terapeuta. In questo modello si utilizza una comprensione dello sviluppo del gruppo in termini di fasi evolutive e quest'approccio offre al terapeuta un'efficace prospettiva per dare significato agli eventi che si verificano nel gruppo. Si individuano quattro fasi di sviluppo del gruppo: coinvolgimento, differenziazione, lavoro interpersonale e conclusione. Ogni fase del gruppo è incentrata attorno a un compito d'interazione cui sono associati comportamenti tipici. Mentre le prime due fasi (coinvolgimento e differenziazione) sono indirizzate a permettere al gruppo di fondarsi e di ben funzionare come gruppo, la fase di lavoro interpersonale è finalizzata maggiormente ad affrontare i conflitti di ciascun partecipante in modo più profondo. Col progredire del gruppo il focus della terapia si sposta sempre più verso gli individui ed è possibile identificare e mettere alla prova i loro modelli interpersonali.

Per le sedute iniziali si utilizza il protocollo per la prima seduta di MacKenzie. All'inizio del gruppo ci si pone l'obiettivo di ottenere da tutti i partecipanti una descrizione dei problemi personali e relazionali che maggiormente li preoccupano. Se gli obiettivi principali di ogni membro del gruppo sono stati trascritti in una descrizione formale, la scheda degli obiettivi può essere distribuita alla fine della prima seduta chiedendo ai partecipanti di esaminarla accuratamente. Una parte del tempo della seconda seduta è dedicata a una breve verifica di questi commenti in modo da rinforzare gli obiettivi di ognuno. È inoltre utile che ogni partecipante in seconda o terza seduta ripeta i suoi obiettivi ricordando agli altri membri del gruppo a che cosa

devono fare attenzione. Per il gruppo sui problemi interpersonali gli obiettivi sono espressi in termini di modelli relazionali, problematiche specifiche o persone dannose del passato o del presente, eventi traumatici specifici e giudizi specifici verso se stessi.

Durante la fase di coinvolgimento, il terapeuta cerca di promuovere rapidamente un'atmosfera di gruppo coesiva; rinforza i fattori terapeutici di sostegno e pone l'accento sui problemi situati a cavallo dei confini esterni del gruppo favorendo in questo modo lo sviluppo di un legame terapeutico positivo e forte tra i membri del gruppo. Per promuovere il coinvolgimento dei partecipanti nel processo di gruppo è utile sostenere la ricerca di somiglianze tra i pazienti e il vissuto che il gruppo sia un luogo speciale che si differenzia dalle situazioni esterne. Il terapeuta utilizza l'elaborazione dei problemi individuali più per lavorare sulla costruzione di un positivo clima di gruppo che per una comprensione immediata; i suoi interventi in questa fase sono tesi principalmente a facilitare un'atmosfera positiva e collaborativa tra i membri del gruppo.

Dopo questa prima focalizzazione che promuove una buona interazione di gruppo si passa in poche sedute alla fase di differenziazione nella quale il terapeuta rinforza un atteggiamento di maggiore confronto tra i membri del gruppo e incoraggia l'affermazione delle opinioni personali o le richieste di chiarimenti tra i partecipanti. Il bisogno dei membri di affermarsi come individui unici non viene ostacolato anche se, come nella fase di coinvolgimento, i problemi individuali vengono elaborati principalmente per contribuire allo sviluppo della fase che è orientata a costruire modelli all'interno del gruppo utili a risolvere tensioni e conflitti che sorgono tra i partecipanti. In genere si cerca di accelerare questa fase in modo da lasciare maggior spazio possibile alla fase di lavoro interpersonale. Il terapeuta interviene per accertarsi che si realizzi un'atmosfera basata sul confronto mentre gli atteggiamenti critici dei partecipanti verso la terapia o il terapeuta sono analizzati in profondità.

La capacità di supportare gli altri e di confrontarsi reciprocamente mette progressivamente a disposizione dei partecipanti un ambiente nel quale i modelli interpersonali possono essere messi in discussione e modificati. L'attenzione a questo punto si sposta sul lavoro introspettivo e si focalizza sulle connessioni inerenti alle aree focali identificate in pre-terapia. Nel modello di gruppo sui problemi interpersonali i temi analizzati sono collegati a eventi che avvengono all'interno delle sedute e il gruppo lavora prevalentemente sulle interazioni interpersonali nel qui-e-ora. Con il procedere di questa fase l'intervento del terapeuta è più frequente ed è orientato da assicurare che venga mantenuta l'attenzione sulle interazioni di gruppo. Quest'attività di focalizzazione ruota principalmente attorno a eventi del gruppo che sono paralleli ai modelli di relazioni passate o presenti dei partecipanti. In genere

tutti si aspettano che i problemi sollevati in gruppo siano prima o poi applicati alle situazioni esterne; è, infatti, auspicato che le esperienze che avvengono nel corso della seduta portino a cambiamenti al di fuori della stanza stessa.

La fase finale del gruppo è centrata sul processo della conclusione che è particolarmente importante per una psicoterapia a tempo determinato dove tutti i partecipanti terminano il percorso insieme. Verso metà percorso il terapeuta ricorda ai partecipanti che il gruppo è giunto a metà strada, ripete la data della seduta finale e propone un riesame formale degli obiettivi. Questa revisione ha lo scopo di rinforzare gli obiettivi del gruppo, di identificare quali non sono stati ancora affrontati e permettere di mettere in agenda nuovi obiettivi. Durante ciascuna delle sedute successive è utile ricordare il numero di sedute rimanenti o la data dell'ultima seduta; ciò apre uno spazio in cui affrontare i problemi connessi alla conclusione che sono trattati da quel momento in poi. Le ultime quattro sedute sono condotte principalmente nell'ottica della conclusione. Durante la seduta finale ogni partecipante è invitato a esprimersi individualmente rispetto all'esperienza di gruppo in modo da verificare se le tematiche connesse alla conclusione sono elaborate interamente da tutti.

A conclusione del gruppo viene programmata una seduta supplementare individuale a tre mesi per verificare i progressi e incoraggiare il lavoro psicologico. Nell'incontro di *follow-up* si ripetono i questionari formali utilizzati durante la valutazione per misurare il cambiamento e quelli sui sintomi che sono stati completati a conclusione del gruppo.

Case Reports

Una descrizione dell'esperienza di gruppo di ciascun partecipante può essere desunta dalla lettura dei dati raccolti con l'*Inventario sui Problemi Interpersonali (IIP-32)*. Si presentano due vignette cliniche per mostrare come le principali strategie relazionali di alcuni partecipanti si evolvono in un ambiente di gruppo.

Mario⁸ era un professionista trentenne, single, con una storia di depressione ricorrente, inviato dal servizio di psichiatria dopo un ricovero per uno scompenso rientrato con un breve trattamento farmacologico. L'*assessment* clinico rilevava una profonda sofferenza legata al bisogno di riconoscimenti e uno stile relazionale sottilmente distaccato che gli rendevano difficile condividere i suoi stati emotivi con gli altri. Nascondeva dietro una facciata

⁸ In figura 1 sono riportati i risultati d'esito del trattamento di gruppo di Mario (paziente uno) e di Pietro (paziente tre).

professionale la sua mancanza di autenticità. Queste caratteristiche mantenevano irrisolto il lutto complicato per la morte di un membro della famiglia ristretta avvenuto cinque anni prima e il recente ritiro per infortunio da attività agonistiche ad alti livelli. Durante il gruppo all'inizio Mario si proponeva come una figura leader per gli altri partecipanti. Allo stesso tempo era piuttosto difeso e distaccato nel modo di porsi. Conduceva una vita ritirata ed era completamente assorbito dal lavoro.

Dal momento in cui il gruppo progrediva emergeva sempre meno tolleranza per il suo ruolo di leader anche se Mario a volte riusciva a essere un poco più tranquillo e silenzioso. Era, comunque, abbastanza coinvolto nelle discussioni di gruppo e ben accettato dagli altri partecipanti. In alcune sedute diventava per lui urgente portare al gruppo le sue scelte professionali come se ricevere risposte su questi temi potesse confermare che lui traeva beneficio del trattamento; intanto però occupava molto spazio tagliando fuori dall'interazione gli altri partecipanti. Gli interventi del terapeuta, anche utilizzando i commenti degli altri partecipanti che mettevano a tema le emozioni e la possibilità di condividere il dolore, non avevano riscontro.

I risultati all'*IIP* evidenziavano che Mario si era descritto come una persona con Difficoltà a Essere Supportivo, Difficoltà a Essere Socievole e nello stesso tempo Troppo Controllante e con Difficoltà a Fidarsi. Questa combinazione di elementi coerenti uno rispetto all'altro del circomplesso segnalava la presenza di importanti ostacoli interni riguardo la socializzazione con gli altri e spiegava la sua difficoltà a portare i suoi problemi personali nel gruppo così come le sue difficoltà a condividere con altri cinque anni prima il lutto familiare. Le sue Difficoltà a Essere Assertivo gli rendevano ancora più difficile iniziare a portare materiale personale importante nel gruppo e a far conoscere i suoi bisogni. In un gruppo a tempo determinato il terapeuta ha la responsabilità di assicurare che l'identificazione dei problemi relazionali non sia evitata.

Dopo diversi tentativi infruttuosi di fare notare a Mario le sue modalità di fronteggiare le perdite, intorno a metà strada Pietro, un partecipante molto attivo nella terapia, riesce a esplicitare con garbo che in gruppo Mario si nasconde dietro una facciata distaccata mettendo in comunicazione il suo desiderio di sentirlo parlare di sé in modo più autentico. Questa richiesta, affettuosa e cordiale, apre di rimando la condivisione col gruppo di un'immagine molto commovente di sé bambino in attesa dietro una porta a vetri del padre che non arriva mai. A questo punto gli altri partecipanti si sono messi a parlare con Mario delle sue esperienze di vita accogliendo la sua realtà di figlio di genitore unico. Dopo questa autorivelazione importanti aspetti difensivi sono caduti per lasciare posto a sinceri tentativi di ascolto empatico degli altri; Mario ha cominciato a interessarsi maggiormente alle interazioni di gruppo e a lasciare liberi spazi in precedenza occupati da interventi un poco solipsistici.

Verso la conclusione del gruppo Mario annuncia la sua assenza in penultima seduta perché in partenza per una vacanza con un'amica. Racconta che ha ricominciato a uscire e a occuparsi un poco di più delle sue relazioni amicali; lancia la proposta ai membri del gruppo di continuare gli incontri anche dopo la conclusione del gruppo per camminate in montagna. In entrata aveva un *Indice di Severità Globale* sotto *cut-off* che certificava un buon compenso alle dimissioni dal breve ricovero ospedaliero; come si può notare in fig. 1, in uscita l'indice *GSI* si è ulteriormente ridotto in assenza di una terapia farmacologica.

Pietro era un quarantenne che da poco aveva interrotto una relazione sentimentale durata sette anni; una consulenza di coppia non aveva sortito risultati lasciandolo nello sconforto. Al servizio psichiatrico era stato preso in cura con antidepressivi ma era stata data indicazione per una psicoterapia. In *assessment* emergeva una storia costellata da alti e bassi per un disturbo distimico. Pietro da piccolo era un bambino isolato e solo che riempiva il vuoto col cibo. La vergogna e il timore di cadere in imbarazzo erano ricorrenti nella sua vita di relazione. Conseguita una laurea sponsorizzata dal padre che non lo aveva sostenuto nel suo progetto di entrare in aeronautica, descriveva una carriera a campana, iniziata con incarichi di responsabilità, ora ridotta a contratti precari mal retribuiti. Il padre troppo protettivo gli aveva permesso di non assumersi responsabilità e di evitare di mettersi in gioco; ancora oggi Pietro tendeva a cercare riparo presso persone forti e carismatiche, a non esporsi personalmente. Preoccupatissimo che la vita di coppia fosse andata a rotoli, sentiva che anche la sua vita rischiava di fare la stessa fine dal momento che nei rapporti amicali avvertiva profondi moti invidiosi e nei rapporti lavorativi si sentiva discriminato.

All'inizio del gruppo Pietro tendeva ad assumere posizioni gregarie molto funzionali al gruppo ma era dibattuto tra il bisogno di essere approvato dagli altri e l'istanza di affermare sé. Si proponeva con interventi circostanziali sostenuti più dall'imperativo di non restare in secondo piano che dall'intento di affrontare le sue difficoltà interpersonali, anche se esplicitava al gruppo timori e di offendere con i suoi interventi e di essere giudicato e incasellato. In pre-terapia aveva chiesto di inserire tra i suoi obiettivi la tendenza a non mettersi in gioco ma ancor più la difficoltà a modulare sé nei rapporti interpersonali giacché a volte cadeva vittima di deragliamenti relazionali che gli procuravano dolorose ruminazioni autocritiche. Queste caratteristiche mantenevano viva la paura di coinvolgersi nelle interazioni di gruppo così come nella realtà esterna gli impedivano di esprimere le sue potenzialità personali che nel tempo erano state messe poco al vaglio della realtà.

Entrando nella fase intermedia della terapia Pietro aveva incominciato a intercalare momenti di maggiore ascolto degli altri a momenti in cui si proponeva con una sorta di leadership affettiva arretrata alternativa a quella più

incisiva di un altro partecipante che più di altri sollecitava in lui la dinamica compiacenza/competizione vissuta nelle relazioni esterne. Si faceva portavoce del gruppo dell'importanza di esprimere genuinamente se stessi e il proprio mondo emotivo come alternativa alla compiacenza sociale e gli altri partecipanti gli riconoscevano un ruolo trainante su questo aspetto. In occasione dell'intervento di una partecipante che racconta della sua goffaggine, Pietro riesce a parlare al gruppo della sua depressione e del profondo senso di inettitudine che la relazione sentimentale da poco conclusa gli ha lasciato ricevendo dagli altri partecipanti un accoglimento delicato e forse per lui inusitato. Dopo questo importante passaggio della terapia Pietro comincia a portare nel gruppo aspetti inediti di sé come quando, utilizzando il gruppo come palestra, sfodera un'insospettabile voce da tenore per affermare tra il serio e il faceto il suo punto di vista con veemenze suscitando l'ilarità ma anche l'approvazione di tutti. Nella fase avanzata del gruppo è importante che il terapeuta sostenga una libera e giocosa sperimentazione di aspetti meno noti o inediti di sé perché questa pratica consente una presa di contatto esperienziale tangibile e pubblica di parti potenziali di sé che diventano veicolo di cambiamento delle modalità relazionali disfunzionali. La modulazione della distanza nelle relazioni con gli altri partecipanti del gruppo ha rappresentato un focus sul quale Pietro ha lavorato molto nel suo trattamento testando di volta in volta, in un contesto interpersonale accettante e non giudicante, posizioni relazionali anche molto lontane da quelle solitamente usate nella realtà esterna.

I risultati dell'*IIP* rivelano interessanti cambiamenti nel corso del gruppo. Il profilo iniziale era situato nel quadrante in basso a sinistra mentre in *follow-up* Pietro considerava di avere meno problemi nell'area Difficoltà a Essere Supportivo, Difficoltà a Essere Socievole e Difficoltà a Essere Assertivo. In effetti, questo è stato un grande focus durante tutto il suo trattamento. Pietro continuava tuttavia a valutare se stesso come una persona con molti problemi in quanto Troppo Rivendicativo e in Difficoltà a Fidarsi degli Altri e nello stesso tempo Troppo Facile da Influenzare, segmenti del tutto contrapposti del circomplesso che sono stati discussi nell'incontro conclusivo con il terapeuta e sono diventati oggetto di un profondo insight del suo conflitto nucleare osservato da diversi punti di vista durante tutta la durata della terapia di gruppo. A conclusione del gruppo Pietro esprime il desiderio di riallacciare rapporti più profondi con i familiari in precedenza frequentati con scarso entusiasmo ed esplicita l'interesse di avvicinarsi ai nipoti adolescenti. L'*Indice di Severità Globale*, in *assessment* innalzato molto al di sopra del *cut-off* per presenza di sintomi gravi, a conclusione del gruppo è sceso considerevolmente certificando un esito clinicamente significativo del trattamento anche sul fronte sintomatologico. Nell'incontro di chiusura Pietro riporta cambiamenti di vita importanti come l'avvio di una soddisfacente

relazione sentimentale, ora in fase di consolidamento, e l'iscrizione a un concorso pubblico per progredire nella carriera da tempo in *stand by*.

Conclusioni

Questo studio di un gruppo a tempo determinato rappresenta un primo tentativo di documentare l'uso in un contesto ambulatoriale pubblico del modello sui problemi interpersonali ideato da Mackenzie.

In questo gruppo tre partecipanti con disturbi più gravi nel corso di 12 settimane di esperienza di gruppo sono riusciti a ottenere miglioramenti clinicamente significativi e a mantenere questi cambiamenti al controllo a 3 mesi mentre altri due che presentavano un punteggio sintomatologico sotto soglia hanno avuto miglioramenti di minore entità che però sono stati confermati in *follow-up*.

A conclusione del gruppo, per una sola partecipante è stato necessario predisporre un ulteriore intervento in un setting individuale finalizzato a elaborare una perdita per suicidio avvenuta nella stretta cerchia familiare che nel gruppo è stato possibile condividere ma non trattare. Nella fase iniziale del gruppo una partecipante che presentava significativi criteri per un disturbo di personalità dopo diverse assenze, affrontate anche con l'ausilio di colloqui individuali integrativi, ha interrotto la terapia di gruppo. Altri due pazienti selezionati e arruolati per il gruppo all'ultimo si sono ritirati per impegni sopraggiunti e, purtroppo, non è stato possibile rimpiazzarli nelle prime tre sedute come raccomandato dalle linee guida per i gruppi chiusi (MacKenzie, 1994, 1997, *op. cit.*; Costantini e Sparvoli, 2000).

Poiché esistono pochi criteri assoluti da soddisfare per entrare in un trattamento di gruppo (Piper, 1994; MacKenzie, 1994, *op. cit.*) le persone con potenziali difficoltà all'interno di un gruppo o che probabilmente presenteranno maggiori problemi nella sua gestione, devono essere preparate con particolare attenzione in modo da ridurre al minimo il numero di abbandoni precoci. Per l'inserimento di pazienti "difficili" alcuni programmi a tempo limitato utilizzano un *workshop* di preparazione al gruppo offrendo ai partecipanti ancora incerti sull'eventualità di partecipare la possibilità di toccare con mano l'esperienza e di abbandonare il gruppo prima che esso inizi effettivamente.

Questa relativa limitata risposta dei pazienti suggerisce di perfezionare le procedure di selezione e arruolamento dei partecipanti. Non si tratta solo di garantire un numero minimo di pazienti all'ingresso del gruppo ma di quali pazienti per prevenire il *dropout*. In ogni caso il *dropout* dei pazienti relativi al presente studio non ha interferito con il buon andamento della terapia di gruppo considerando che il numero minimo di tre è quello che consente il

permanere della condizione basilare affinché vi sia un gruppo di terapia, vale a dire la possibilità di lavorare sulle due dimensioni relazionali fondamentali, quella paziente-paziente e quella paziente-terapeuta (Pieralisi, 2012).

Nonostante le criticità evidenziate, questo studio incoraggia a sperimentare ulteriormente il gruppo sui problemi interpersonali come modalità di trattamento promettente a cui indirizzare un'ampia e difficile popolazione di pazienti afferenti all'area della salute mentale pubblica.

Ringraziamenti

L'articolo deve molto a Roy Mackenzie che con i suoi scritti ha tracciato il percorso di costruzione di un gruppo sui problemi interpersonali in contesto ambulatoriale e stimolato spazi di riflessione sui contributi che interventi di gruppo a tempo determinato possono apportare alla clinica istituzionale.

Riferimenti bibliografici

- Barkham M., Hardy G.E. and Startup M. (1996). The IIP-32: a Short Version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British J. of Clinical Psychology*, 35: 21-35. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x
- Costantini A. (2000). *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato: basi teoriche ed efficacia clinica*. Milano: McGraw-Hill Education.
- Costantini A. e Sparvoli M. (2000). *Definizione e principi di pratica clinica nelle psicoterapie di gruppo brevi e a tempo limitato*. In: Costantini A., *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato: basi teoriche ed efficacia clinica*. Milano: McGraw-Hill Education.
- Costantini A., Picardi A., Podrasky E., Lunetta S., Ferraresi G. e Balbi A. (2002). Questionario sul clima di gruppo: validazione di una misura di processo per le psicoterapie di gruppo. *Rivista di Psichiatria*, 37: 14-19. DOI: 10.1708/181.1911
- Derogatis L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, Scoring and Procedure Manual for the Revised Version of the SCL-90*. Minneapolis: National Computer Systems (trad. it.: *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R: adattamento italiano*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali, 2011).
- Giannone F., Lo Cascio M., Gullo S., Ferraro A.M., Infurna M.R. e Guarnaccia C. (2019). La relazione terapeutica nei gruppi. I principali costrutti del processo terapeutico: definizioni empiriche e strumenti di valutazione. In: Vasta F.N., Gullo S. e Girelli R., a cura di, *Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica. Una guida per il clinico*. Roma: Alpes.
- Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J. e Chevron E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books (trad. it.: *Psicoterapia interpersonale della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989).
- Lemma A., Target M. and Fonagy P. (2011). *Brief Dynamic Interpersonal Therapy*:

- A Clinician's Guide*. Oxford: Oxford University Press (trad. it.: *Terapia dinamica interpersonale breve: una guida clinica*. Milano: Raffaello Cortina, 2012).
- Lo Coco G., Mannino G., Salerno L., Oieni V., Di Fratello C., Profita G. e Gullo S. (2018). The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups. *Frontiers in Psychology*, 9: 341.
DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00341
- Lorentzen S., Ruud T., Fjeldstad A. e Hoglend P. (2013). Comparison of Short- and Long-term Dynamic Group Psychotherapy: Randomized Clinical Trial. *The British Journal of Psychiatry*, 203, 4: 280-287.
DOI: 10.1192/bjp.bp.112113688.
- Lorentzen S., Fjeldstad A., Ruud T. e Hoglend P. (2015). Comparing Short- and Long-term Group Therapy: Seven-year Follow-up of a Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 5: 320-321.
DOI: 10.1159/000381751.
- MacKenzie K.R. (1990). *Introduction to Time-limited Group Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- MacKenzie K.R. (1994). Using Personality Measurements in Clinical Practice. In: Costa P.T. e Widinger T.A., a cura di, *Personality Disorders and the Five-factor Model of Personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- MacKenzie K.R. (1997). *Time-Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Application*. Washington: American Psychiatric Press (trad. it.: *Psicoterapia breve di gruppo: applicazioni efficaci "a tempo limitato"*. Trento: Erickson, 2000).
- MacKenzie K.R. e Grabovac A.D. (2001). Interpersonal Psychotherapy Group (IPT-G) for Depression. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 1: 46-51. PMID: 11121007
- Marogna C. e Caccamo F. (2019). Dallo spazio potenziale allo spazio possibile: i fattori terapeutici nell'analisi del processo di gruppo. In: Vasta F.N., Gullo S. e Girelli R., a cura di, *Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica. Una guida per il clinico*. Roma: Alpes.
- Pieralisi G. (2012). *Elementi di psicoterapia psicoanalitica di gruppo*. Milano: Centro Studi Ariosto.
- Piper W.E. (1994). Client Variables. In: Fuhriman A. e Burlingame G.M., a cura di, *Handbook of Groups Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis*. New York: Wiley.
- Sullivan H.S. (1953). *Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton e Company (trad. it.: *Teoria interpersonale della psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1975).
- Vasta F.N. e Girelli R. (2019). Fondare e avviare un gruppo. In: Vasta F.N., Gullo S. e Girelli R., a cura di, *Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica. Una guida per il clinico*. Roma: Alpes.
- Yalom I.D. (1995). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books (trad. it.: *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri, 1997).