

La ricerca empirica in psicoterapia di gruppo: *Stato dell'arte e direzioni future*

Ivan Formica

	<p>Narrare i gruppi <i>Etnografia dell'interazione quotidiana</i> <i>Prospettive cliniche e sociali</i>, vol. 7, n° 2, Novembre 2012</p>	ISSN: 2281-8960
---	---	------------------------

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

Titolo completo dell'articolo

La ricerca empirica in psicoterapia di gruppo: Stato dell'arte e direzioni future.

Autore

Ivan Formica

Ente di appartenenza

Università di Messina

To cite this article:

Formica I., (2012), La ricerca empirica in psicoterapia di gruppo: Stato dell'arte e direzioni future, in *Narrare i Gruppi*, in *Narrare i Gruppi*, vol. 7, n° 2, Novembre 2012, pp. 151-165, website: www.narrareigruppi.it

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

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

Note/Ricerche sui gruppi

La ricerca empirica in psicoterapia di gruppo: *Stato dell'arte e direzioni future*

Ivan Formica

Riassunto

La ricerca sulla psicoterapia analitica di gruppo si pone, oggi, nel contesto generale della valutazione delle psicoterapie, come uno degli ambiti più complessi e relativamente meno sviluppati. Ciò nondimeno, negli ultimi anni abbiamo assistito a un'importante impennata di studi che ha permesso di rispondere non solo clinicamente, ma anche empiricamente, alla domanda "se, e come funziona la psicoterapia di gruppo".

Questo lavoro si propone come inquadramento in merito ai principali risultati emersi in questi ultimi anni dalla ricerca italiana e mira, altresì, ad avanzare alcune riflessioni circa i possibili itinerari futuri che tale ambito di ricerca è tenuto ad intraprendere.

Parole chiave: psicoterapia di gruppo, efficacia clinica, ricerca sugli esiti, ricerca sui processi.

Empirical research in group psychotherapy: state of art and future developments

Abstract

Research in group-analytic psychotherapy represents one of the most controversial and relatively less investigated topics within the general research field of the assessment of psychotherapies.

However, during the last years an increasing number of studies is focusing on the question "if and how group psychotherapy works", trying to answer using clinical and empirical research instruments.

Aim of this study is to give an overview of the most important results showed recently by the italian research and to suggest some reflections about future directions in group psychotherapy.

Keywords: group psychotherapy, effectiveness, outcome research, process research.

1. Premessa

“Se la clinica fa bene alla salute” e “se la ricerca fa bene alla clinica”, seguendo il sillogismo aristotelico, possiamo concludere che: “la ricerca fa bene alla salute”.

A questo punto sorgono due interrogativi:

- 1) Cosa si intende per salute?
- 2) Se entrambe - ricerca e clinica- fanno bene alla salute, perché esiste uno scarto così ampio tra la clinica (ormai ampiamente diffusa in gran parte del mondo) e la ricerca? (che invece stenta a decollare).

Teniamo conto poi che questo scarto diviene molto più ampio se ci riferiamo alle psicoterapie di gruppo psicodinamicamente orientate.

Relativamente al primo punto, il pensiero medico sino al XVIII secolo raffigurava salute e malattia come due entità separate. In altri termini, la salute veniva definita (in modo semplicistico) come assenza di malattia. Il panorama attuale, invece, è assai diverso. Oggi, il concetto di salute abbraccia un significato più ampio e complesso; non si limita unicamente all'aspetto sintomatologico, ma come afferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità, definisce uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale e, quindi, non solo assenza di malattia. Pertanto, quando ci riferiamo al concetto di salute, da un punto di vista psichico, non dobbiamo limitarci a pensarlo unicamente come assenza di sofferenze psicologiche ma anche come la capacità di affrontare e gestire, nel corso della propria esistenza i cambiamenti, le sofferenze, gli eventi dolorosi. Possiamo intendere la salute come la possibilità di mantenere una progettualità creativa della propria esistenza.

Questo cambiamento di paradigma cambia inevitabilmente il modo di pensare e fare clinica e, di conseguenza, dovrebbe altresì modificare le modalità di fare ricerca, la quale non può limitarsi semplicemente a dimostrare l'efficacia di un trattamento psicoterapeutico unicamente sulla base di una remissione sintomatologica.

Per quanto concerne il secondo punto, riguardante il *gap* esistente tra clinica e ricerca, è mio parere che quantomeno due elementi giocano un ruolo determinante. Un elemento che potremmo definire oggettivo e un elemento più soggettivo.

L'elemento oggettivo riposa nelle difficoltà metodologiche che intervengono quando occorre costruire disegni di ricerca. In particolare, quando ci riferiamo alle psicoterapie analitiche di gruppo a lungo termine (oggetto del presente lavoro) tali difficoltà si amplificano a dismisura.

L'elemento soggettivo, invece, risiede in un atteggiamento del clinico, molto spesso, ancora di tipo autoreferenziale (della serie “io me la canto e io me la suono”) che lo porta a respingere ogni tipo di intrusione da parte di qualsivoglia forma di ricerca (Di Maria, Formica, 2009a). Secondo tale pensiero la ricerca è solo quella clinica. Lo *slogan* “l'inconscio non si misura” è ancora molto valido in certi ambienti, soprattutto analitici. Freud, sarcasticamente, sottolineando l'importanza delle osservazioni cliniche a discapito delle verifiche empiriche affermò: “Questi critici che limitano i loro studi a delle investigazioni metodologiche mi ricordano quelli che passano il loro tempo a pulire gli occhiali piuttosto che portarli per guardare” (citato da Jacoby, 1983).

L'autoreferenzialità è il blocco alla possibilità di aprirsi alla ricerca e al confronto, come se il contatto quotidiano con la sofferenza dei pazienti e nostra ci portasse a cercare rassicurazioni inevitabilmente più fruibili nel conosciuto e nella teoria, piuttosto che spingersi a rivedere e ripensare i nostri riferimenti e le nostre ipotesi metodologiche (Nosè, 2006).

Concordo con Migone (2011) nel ritenere che l'itinerario da percorrere è, in primo luogo, quello di riuscire a traghettare la clinica al di là dell'autoreferenzialità, assumendo uno statuto di scientificità che significa, innanzitutto, apertura al confronto e alla responsabilizzazione delle pratiche e delle conoscenze con cui si opera.

Una delle scoperte più importanti e straordinarie del Novecento (la psicoanalisi) nasce per merito di Freud e di alcuni casi clinici sul quale lavorò e dai quali trasse degli spunti di riflessione e delle elaborazioni teoriche che lo condussero, appunto, a fondare la psicoanalisi. Oggi, tutto questo sarebbe impensabile. Siamo in una fase storica nella quale la comunità scientifica (o forse sarebbe meglio dire le agenzie governative e le case assicuratrici) ci chiede evidenze empiriche. La verità, se prima dimorava nelle intuizioni del clinico, oggi abita nei numeri del ricercatore.

L'intuizione (lo strumento che più ci avvicina alla verità) oggi è poca cosa se paragonata a strumenti di misurazione considerati statisticamente validi e attendibili.

A mio avviso, questa esigenza di standardizzare e misurare tutto (ricerca extra-clinica) a dispetto di una ricerca clinica (come era quella di Freud e dei suoi colleghi) deriva da una confusione nel definire la psicoterapia. Ancora oggi, ad esempio, molti si chiedono se la psicoterapia debba essere considerata una scienza oppure (come sostiene McWilliams) un'arte.

Porci ancora oggi questo interrogativo (la psicoterapia è una scienza o un'arte?) è sintomatico di quanta incertezza e insicurezza dimora in questo campo.

Dal nostro punto di vista (Di Maria, Formica, 2009b; Lo Coco, Prestano, Lo Verso, 2008), per quanto l'arte psicoterapeutica sia indissolubilmente connessa alle specifiche abilità, competenze e sensibilità del terapeuta, non si può negare che, in quanto trattamento mirante alla cura dei soggetti, deve essere fondata su modelli teorici e tecnici scientificamente riconosciuti.

Che la psicoterapia debba fondarsi su un metodo scientifico di cura riconosciuto mi sembra un assioma dal quale partire. Semmai la domanda può assumere questi contorni: "ma di quale scienza stiamo parlando?"

Se per scienza intendiamo le scienze *hard* come la fisica, la chimica, etc., allora la psicoterapia non è una scienza e deve ricordarsi di non esserlo perché si è scienza solamente quando si oggettiva e se la psicoterapia volesse essere una scienza dovrebbe oggettivare l'uomo, ma come ci ricorda Husserl, una volta che hai oggettivato l'uomo hai perso la sua soggettività.

La malattia mentale, invece, (ed è bene rammentarlo) si declina sempre nella modalità della singolarità e dell'individualità e per capire questa modalità è necessario relazionarsi al malato, anziché alla malattia, attraverso il dialogo, lo scambio e l'ascolto.

La psicoterapia è allora sì una scienza ma non nell'accezione di scienza dura, tradizionalmente intesa, ma nell'accezione di una scienza *soft*, una scienza dello spirito (Dilthey), una scienza che a me piace definire "del soggettivo". Nell'ambito della dicotomia tra scienze nomotetiche (*nomos* significa legge) e ideografiche (*idios* significa particolare) proposta da Windelbald, la psicoterapia deve necessariamente collocarsi nell'alveo delle scienze ideografiche, in quanto studia il soggetto e non l'oggetto. È vero che i metodi idiografici sono meno attendibili di quelli nomotetici, ma è pur vero

che mentre quest'ultimi rischiano di scoprire solo quello che si sa già, i metodi ideografici, talvolta possono condurre a scoperte inaspettate (Migone, 2011).

2. La ricerca in psicoterapia

A partire dalla provocazione di Eysenck (1952), il quale sosteneva che le psicoterapie (in particolare la psicoanalisi) fossero inefficaci e che le persone stavano meglio per remissione spontanea, tra il 1950 e il 1970 iniziarono a diffondersi una serie di studi che si sono posti come obiettivo precipuo quello di valutare i risultati della psicoterapia. Tali ricerche riuscirono a dimostrare che Eysenck aveva torto, che i trattamenti psicoterapeutici garantiscono in media risultati superiori rispetto sia ai controlli non trattati, sia ai placebo e non evidenziarono differenze statisticamente significative tra un trattamento e un altro in termini di esito (proclamando così il “Verdetto di Dodo”) e, di conseguenza, conclusero che i fattori maggiormente responsabili della riuscita di una psicoterapia sono aspecifici (quindi più legati alla persona del terapeuta e al fatto di aver fornito al paziente un luogo fisico e mentale in cui portare la sofferenza) che specifici (ossia legati al modello teorico e alle tecniche utilizzate).

A questa prima fase, ne segue una seconda (dagli anni Sessanta agli anni Ottanta), caratterizzata da un notevole aumento del livello di comunicazione tra scuole e gruppi di ricerca che sfocia nella fondazione, nel 1968 della *Society for Psychotherapy Research* (SPR) che oggi conta più di 2000 membri in 45 paesi. In questa fase, alla domanda se la psicoterapia funziona, se ne aggiunge un'altra: “come funziona?” Si comprende che conoscere che una psicoterapia funziona ci dice poco se non conosciamo anche cosa avviene al suo interno, ossia quali sono i fattori terapeutici maggiormente responsabili del cambiamento del paziente. Dallo studio incentrato unicamente sull'esito della psicoterapia (*outcome research*), inizia, così, ad affiancarsi quello sul processo della psicoterapia (*process research*) al fine di comprendere cosa accade nell'interazione terapeutica (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006; Vigorelli, 2009).

Nella terza fase (dagli anni Settanta ai giorni nostri), esito e processo vengono sempre di più concepiti come due facce della stessa medaglia (non è un caso che oggi si parla soprattutto di *process-outcome research*); gli studi si sono consolidati e, dietro la spinta della *managed care*, è sorto un movimento all'interno dell'*American Psychological Association* che ha portato alla compilazione dei “trattamenti supportati empiricamente” (*Empirically Supported Treatments* – EST; Chambless, Ollendick, 2001; Westen, Novotny, Thompson-Brenner, 2004) che forse meritano più critiche che applausi per avere scambiato, a mio avviso, il *setting* clinico per un laboratorio.

Proprio a seguito della diffusione degli EST, oltre alle maggiori complicanze metodologiche che emergono quando occorre valutare le psicoterapie psicodinamiche, è circolato negli anni un pensiero diffuso secondo il quale la terapia psicodinamica manchi di supporto empirico. Come afferma Shedler (2010: 9) “questa credenza sembra ormai avere vita propria”. Proprio questo autore ha avuto il merito di scrivere un importante contributo nel quale riporta una serie di meta-analisi che dimostrano che le terapie dinamiche hanno un notevole supporto empirico. Tutti gli studi dimostrano, infatti, che le *effect size* della terapia psicodinamica sono grandi quanto quelle riportate per altre terapie che sono state propagandate come supportate empiricamente o *evidence-based*. È emerso, altresì, che i pazienti trattati con una psicoterapia psicodinamica mantengono i risultati e continuano a migliorare nel tempo dopo la fine della terapia.

Infine, va certamente menzionato che tutte le ricerche concordano nel ritenere che il maggior predittore di un buon esito del trattamento di psicoterapia individuale è il legame terapeutico tra terapeuta e paziente (Horvath, Bedi, 2002).

3. La ricerca in psicoterapia di gruppo

Come segnala Shedler, la psicoterapia psicodinamica ha dovuto fronteggiare un atteggiamento quantomeno scettico da parte di una fetta della comunità scientifica, rea di aver sostenuto una mancanza di studi empirici a sostegno della psicoterapia psicodinamica; e la questione diviene molto più complessa se spostiamo lo sguardo nei riguardi dei trattamenti gruppali.

La psicoterapia di gruppo, nonostante le sue origini remote (ricordiamo che già Pratt nel 1904 curava i suoi pazienti affetti da tubercolosi attraverso riunioni di gruppo notando un miglioramento sia sul piano sintomatico, sia sul morale dei pazienti), sta iniziando solo negli ultimi anni a dimostrare, anche da un punto di vista della ricerca empirica, la sua efficacia clinica. Risale, infatti, ad una decina di anni fa, l'ultima edizione dell'*Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2004) in cui Burlingame, MacKenzie e Strauss giungono alla conclusione, prendendo in rassegna diversi studi sullo stato della ricerca in psicoterapia di gruppo, che esiste un solido fondamento empirico a supporto dell'efficacia della psicoterapia di gruppo.

È quantomeno curioso e meritevole di riflessione il fatto che sebbene la psicoterapia di gruppo sia largamente diffusa in Europa e in Nord America, in particolare nei servizi pubblici in ragione del vantaggioso rapporto costi/benefici, le ricerche in questo campo siano esigue e talvolta poco chiare al punto tale che il *gap* tra ricerca empirica e clinica terapeutica assume proporzioni spaventose (va aggiunto, inoltre, che a un'analisi della letteratura scientifica sulla terapia di gruppo, si resta certamente sbalorditi anche dal significativo *gap* tra la quantità di lavori teorici e clinici da una parte e di ricerca empirica dall'altra). Ciò ha portato alla diffusione di una curiosa equivalenza, relativa alle terapie di gruppo, tra l'essere *poco studiate* e il *non essere efficaci* (Lo Coco, Prestano, 2008).

A mio avviso tre nodi problematici stanno alla base di questa "strana" realtà.

Il primo nodo riguarda la grande eterogeneità dei trattamenti gruppali che rende arduo ogni possibile tentativo di sintetizzare una definizione univoca di psicoterapia di gruppo.

In psicoterapia si utilizzano gruppi che si differenziano nel formato (da quattro a venti pazienti), nella durata della terapia (breve termine, lungo termine, tempo limitato), negli obiettivi (psicoterapeutici, riabilitativi, psico-educativi), nella composizione (eterogenei/omogenei), nella struttura (manualizzati, direttivi, orientati al processo), nell'orientamento (cognitivo-comportamentali, interpersonali, eclettici, psicodinamici, analitici, gestaltici, umanistici, etc.) (Fuhrman, Burlingame, 1994; Di Maria, Lo Verso, 2002; Lo Coco, Giannone, Lo Verso, 2006).

Il secondo nodo problematico concerne un discorso prettamente economico. Negli Stati Uniti, e in altri paesi, vi è una costante pressione delle compagnie assicurative nei riguardi dei trattamenti a breve termine che, talvolta, godono di erogazioni a dispetto dei trattamenti di gruppo a lungo termine, i quali restando esclusi da tali agevolazioni, vedono ridotte le possibilità di ricerca in tale ambito.

Infine, il terzo nodo problematico risiede nelle difficoltà di natura metodologica che insorgono nel momento in cui intendiamo realizzare un disegno di ricerca che valuti l'efficacia clinica di una psicoterapia di gruppo psicodinamicamente orientata a lungo termine. Difficoltà che derivano, da un lato, dalla durata del trattamento e che sollevano problematiche in termini di validità interna (quanto posso inferire che i cambiamenti dei pazienti dopo tre anni di terapia siano legati esclusivamente all'efficacia del trattamento? Come posso controllare le diverse variabili intervenienti che inevitabilmente agiscono in un tempo così lungo?) e, dall'altro, dalla complessità delle variabili in esame e della loro difficile operazionalizzazione (Lambert, Ogles, 2004; Gullo *et al.*, 2010). Uno dei motivi fondamentali che rende complessa l'analisi della processualità dei gruppi va certamente rintracciato nella molteplicità relazionale che caratterizza i *setting* gruppali: a differenza delle terapie individuali, infatti, nel gruppo sono presenti relazioni non solo tra i singoli membri e il terapeuta, ma anche tra i singoli membri del gruppo e tra i partecipanti e il gruppo in quanto tale. Inoltre, in gruppo, le osservazioni raccolte per un singolo paziente non possono essere considerate indipendenti da quelle degli altri membri del gruppo e dal gruppo nel suo insieme. I membri del gruppo possono reciprocamente influenzare i propri comportamenti e il modo di fare esperienza dell'altro, tramite l'imitazione, l'apprendimento interpersonale e il rispecchiamento. Le osservazioni che si raccolgono per ogni singolo paziente non possono quindi essere considerate indipendenti, violando così un assunto di base dell'analisi statistica inferenziale (Lo Verso, Gullo, Prestano, 2008). Non tenendo conto di questa dipendenza si rischia, come ci ricordano Baldwin, Stice e Rohde (2008), di vedere sovrastimata l'efficacia della terapia di gruppo.

Al pari della psicoterapia individuale, anche per quanto concerne la terapia di gruppo si procede seguendo la distinzione tra gli studi sugli esiti (che testano sia l'efficacia generale, sia le forme differenti di efficacia di specifici trattamenti di gruppo) e gli studi sul processo (che considerano le caratteristiche specifiche del formato di gruppo e descrivono o predicono i meccanismi di cambiamento che operano all'interno del gruppo). Negli ultimi anni, la ricerca empirica si è incentrata soprattutto nello studio di variabili processuali quali la coesione, il clima di gruppo e l'alleanza terapeutica mettendo in luce come tali variabili siano generalmente associate a un esito positivo della terapia e a minori tassi di *drop-out* (Burlingame, Fuhrman, Johnson 2002).

Alcune ricerche hanno dimostrato, altresì, che il ruolo del conduttore e determinate caratteristiche dei pazienti sono associate ad un *outcome* positivo della terapia. In particolare, si è visto che i terapeuti di gruppo che mostrano un senso di apertura, accettazione e calore interpersonale verso i pazienti ottengono risultati migliori (Braaten, 1989). Viceversa, i pazienti che interrompono precocemente la terapia di gruppo percepiscono il terapeuta come distante e non supportivo (Roback, Smith, 1987). Per quanto concerne le caratteristiche dei pazienti che si associano a un esito positivo della terapia ritroviamo: la capacità di comprendere l'altro e la competenza a entrare in risonanza empatica e a condividere vissuti emozionali profondi.

In generale, comunque, possiamo asserire che i pazienti con un migliore livello di funzionamento interpersonale ottengono migliori risultati nei gruppi terapeutici (Davies-Osterkamp, Strauss, Schmitz, 1996) anche se disponiamo ancora di pochi studi in grado di riferire se i pazienti che presentano un precoce *drop-out* dal gruppo mostrino caratteristiche differenti da quelli che ottengono esiti positivi (Kordy, Senf, 1992).

4. Dati della ricerca in psicoterapia di gruppo

Verranno adesso riportati alcuni dati tratti dalla ricerca italiana degli ultimi anni con l'obiettivo, da un lato, di fornire un breve spaccato di come la ricerca stia procedendo e a quali conclusioni è giunta; dall'altro, di attivare una serie di riflessioni su cosa può offrire la psicoterapia analitica di gruppo in termini di efficacia clinica. Tali dati, pur non avendo la pretesa di essere esaustivi del panorama della ricerca italiana, credo comunque possano fornire delle idee per sviluppare eventuali ricerche in futuro. Va sottolineato, inoltre, che alcuni di questi dati sono stati presentati al I Seminario Nazionale sulla ricerca empirica in terapia psicodinamica di gruppo tenutosi ad Aosta nel febbraio 2010.

4.1. Gruppi e psicopatologia

In Italia, l'area di ricerca che ha raccolto il maggior numero di contributi riguarda la valutazione di gruppi per pazienti con disturbo del comportamento alimentare (Gullo, Lo Verso, 2008). Essendo un certo numero, non entrerò nel merito, ma mi limiterò a elencarne alcune invitando il lettore, laddove interessato, ad approfondire. Possiamo ricordare il lavoro svolto presso il centro di salute mentale di Parma tra il 1997 e il 1998 (Brunori *et al.*, 2004) che ha riguardato un gruppo *slow-open*, composto da otto donne di età compresa tra i 19 e i 39 anni. Lo studio ha riguardato soprattutto la fase iniziale (fondazione del gruppo) e il primo anno di terapia. Nell'ambito del progetto Val.Ter. (Di Nuovo *et al.*, 1998; Di Nuovo, Lo Verso, 2005) va certamente menzionato lo studio rivolto a un gruppo monosintomatico di pazienti con DCA, composto da cinque ragazze di età compresa tra i 15 e i 26 anni in cui è stato indagato sia l'esito che il processo. Rilevante, infine, lo studio pilota, realizzato dal gruppo di ricerca coordinato da Lo Verso, condotto su tre gruppi terapeutici a orientamento gruppoanalitico per pazienti con AN e BN (Prestano, Lo Coco, 2008).

Tra i risultati che possiamo ricavare da queste ricerche annoveriamo:

- i pazienti ottengono miglioramenti significativi soprattutto nell'area dell'adattamento interpersonale, nello stile difensivo e nel funzionamento relazionale;
- non è corretto concepire anoressia e bulimia come due facce della stessa medaglia in quanto rispondono in forma diversa al trattamento (ciò emerge, in particolare modo, dallo studio pilota di cui sopra). Gli anoressici (rispetto ai bulimici) sembrano ottenere migliori risultati soprattutto per ciò che concerne l'aspetto sintomatologico, l'alleanza di gruppo e il coinvolgimento al trattamento.

Negli ultimi anni, il gruppo di ricerca di Palermo sta estendendo la sua attenzione anche nei riguardi dei pazienti affetti da disturbo di panico (DAP). Un recente lavoro (Thione Bosio *et al.*, 2009) ha confrontato l'esito e il processo di un gruppo omogeneo per pazienti DAP con un gruppo eterogeneo per tipo di diagnosi, condotto con lo stesso modello terapeutico. Per quanto concerne il gruppo con pazienti DAP, al termine del trattamento si sono registrati miglioramenti significativi sul livello della qualità della vita, sul livello di ansia e sul ridimensionamento di alcuni tratti di personalità patologici.

Di sicuro interesse lo studio in progress condotto all'interno del Centro Clinico Ambulatoriale per Cocainomani dell'ASP di Brescia che si propone di valutare il processo

e l'esito di una terapia di gruppo a orientamento psicodinamico a tempo determinato con pazienti con disturbo da abuso di cocaina (Pavia, Di Blasi, 2011).

5. *La ricerca qualitativa*

La ricerca qualitativa possiede la caratteristica di essere adeguata a cogliere la complessità e la dinamicità tipica dei *setting* di gruppo discostandosi da una logica di tipo confermativa/disconfermativa, legata alla verifica delle ipotesi, per muoversi, invece, nei meandri di una logica esplorativa che, attraverso metodologie adeguate, si propone di facilitare l'emergere di sensi e significati non conosciuti.

Il presupposto su cui si basa è che il paziente non è un soggetto passivo da curare attraverso un atto medico, così come il terapeuta non è un semplice osservatore: entrambi sono portatori di variabili che si rivelano essenziali per la valutazione. Come propone Elliott (2001), la ricerca qualitativa è maggiormente orientata alla scoperta più che alla verifica e consente ai ricercatori di avvicinarsi all'esperienza vissuta, alla prospettiva del paziente che rappresenta una delle applicazioni più interessanti di questo modello di ricerca, ossia l'analisi del punto di vista (*perspective*) dei clienti e dei terapeuti sull'esperienza di psicoterapia (Seligman 1995, Elliot, Fischer, Rennie, 1999).

Se, ad esempio, somministro uno strumento (*pre-test e post-test*), che indaga la depressione, a un paziente con disturbi dell'umore e verifico statisticamente un abbassamento del punteggio, posso certamente sostenere che è avvenuto un cambiamento, ma non saprò come questo cambiamento viene vissuto dal paziente (il paziente potrebbe anche sentirsi peggiorato in virtù del fatto che, a volte, alcuni sintomi assumono il ruolo di meccanismi di difesa che ci riparano da certe forme di sofferenza).

Allo stesso modo, obiettivi percepiti come molto importanti per i pazienti possono non essere registrati da strumenti di valutazione obiettiva. Il cambiamento percepito dai pazienti può riguardare la riduzione dei sintomi, ma può anche riguardare l'aumento dell'autostima, il miglioramento della propria vita relazionale o della capacità di leggere le proprie emozioni, etc.

Non possiamo limitarci, pertanto, a registrare un cambiamento nel paziente, ma dobbiamo sempre interrogarci sul perché e come è avvenuto, ma soprattutto come il paziente lo vive e quale significato gli attribuisce.

Lavorare con i gruppi implica, necessariamente, un esercizio di riflessione ed elaborazione continua; in altre parole un continuo interrogarsi sul procedere del lavoro clinico, sui fattori di cambiamento terapeutico, sui processi attivati nel campo gruppale, sulla funzione esercitata dal conduttore e dai membri stessi del gruppo (solo per limitarci a qualche esempio).

Per facilitare questo lavoro di riflessione continua, sono stati sviluppati, in questi anni, degli strumenti qualitativi (come ad esempio la griglia di analisi del *set(ting)* e i parametri) che rappresentano un valido ausilio per aiutare a esplicitare cosa si fa, perché lo si fa, etc. Trattasi di inquadramenti qualitativi, di strumenti "per pensare" che creano una possibilità di confronto, aumentando la trasparenza professionale e la "parlabilità" scientifica del lavoro terapeutico.

La Griglia di Analisi del *Set(ting)* - (G.A.S.) è il risultato di un lavoro clinico e di ricerca durato diversi anni che ha consentito di rappresentare e organizzare in uno schema le variabili che intervengono nella situazione terapeutica (Giannone, Lo Verso, 1998).

L'obiettivo è quello di riuscire a sintetizzare e a visualizzare graficamente l'insieme e l'intreccio di un certo numero di variabili considerate come componenti fondamentali della situazione terapeutica.

Le diverse variabili possono assumere un'importanza e un rilievo differenti, in differenti momenti e contesti di lavoro ed influire così in maniera più o meno diretta e rilevante su ciò che accade nella relazione terapeutica.

Un secondo strumento elaborato da Lo Verso (2002) si riferisce ai parametri che definiscono e connotano nove tipi di gruppo.

Si tratta del tentativo di analizzare e cercare di visualizzare il *setting* gruppale sulla base di una serie dettagliata di variabili: *la domanda, la sede di lavoro, il tipo di setting, la matrice di gruppo, la cadenza delle sedute, il tipo di utenza, la tipologia terapeutica dei pazienti, il numero degli utenti, gli obiettivi che il gruppo si pone, l'uso o meno di farmaci, le modalità di gestione della corpeità, le modalità di conduzione e il tipo di interventi, la durata, il tipo di formazione.*

La lettura della griglia dei parametri può avvenire sia in orizzontale, confrontando ogni parametro in base a come si declina nei vari tipi di gruppo, sia in verticale, considerando i vari parametri all'interno di un tipo di gruppo specifico.

I Parametri sono, essenzialmente, una griglia utile per osservare, per pensare il lavoro clinico con i gruppi. Rispetto alla G.A.S., rappresentano uno strumento più dettagliato e specifico e anche più adoperabile nella clinica e nella didattica.

4.3. Ideazione di nuovi strumenti

Nell'ambito degli strumenti costruiti in Italia per la ricerca empirica in psicoterapia di gruppo, lodevole e originale appare l'intento di Vasta e Girelli (2011) di realizzare un manuale per la selezione preliminare dei pazienti, la composizione del gruppo, il monitoraggio del processo e la misurazione dell'*outcome* terapeutico nel gruppo a orientamento analitico. Questo manuale trae origine dalla somministrazione di un questionario (appositamente costruito) testato con due *focus group* in cui le autrici hanno assunto il ruolo di moderatrici. Un primo *focus group* ha visto come partecipanti colleghi romani mentre il secondo *focus* ha incluso alcuni tra gli allievi di specializzazione del Laboratorio di Gruppoanalisi di Roma.

Il questionario è stato inviato a un campione di oltre 100 psicoterapeuti italiani praticanti la psicoterapia di gruppo a orientamento analitico da almeno 5 anni.

È prevista l'organizzazione di un terzo *focus group* per definire meglio eventuali quesiti rimasti inevasi.

Oltre alla stesura del manuale, obiettivo di questo lavoro è stato anche quello di rendere la ricerca empirica sul gruppo analitico più chiara e accessibile per coloro i quali sono interessati a lavorare in questo campo, ampliare e accrescere la competenza sulla metodologia della ricerca presso esperti della dinamica di gruppo e, infine, formare gli specializzandi delle scuole di terapia di gruppo in questo settore.

Un altro strumento di grande utilità per la ricerca è il CFTC_Q: *Climate Factors In Therapeutic Community Questionnaire* (Cristofanelli *et al.*, 2011) che rappresenta uno strumento in grado di rilevare il clima di gruppi costituiti all'interno di Comunità Terapeutiche (CT). Lo strumento è, nella sua versione definitiva, composto da 30 *item*. La modalità di risposta è su scala *Likert* a 4 punti (0 = falso; 3 = vero). I 30 *item* identificano tre fattori: comunicazioni con i responsabili e processi decisionali, atmosfera interna all'*equipe*, chiarezza di ruolo. La valutazione dell'influenza del costrutto di clima

all'interno dei fattori terapeutici operanti nelle CT potrebbe costituirsi quale importante elemento di innovazione non solo rispetto alla ricerca, ma anche alla clinica. Una clinica che possa riconoscere, oltre ai tradizionali fattori specifici, anche l'importanza della quotidianità relazionale quale possibile fattore interveniente nella modificazione comportamentale e strutturale dei pazienti trattati presso tali contesti.

Infine, un ambito d'indagine che ha avuto rilievo nella ricerca sul processo dei gruppi attiene alla possibilità di investigare se esistono fattori terapeutici caratteristici dei gruppi. Nel suo classico lavoro, Yalom (1995) identifica undici elementi che sono legati al miglioramento del paziente nel gruppo (come l'altruismo, la coesione, la catarsi, l'apprendimento interpersonale, etc.) e propone uno strumento Q-sort (sessanta affermazioni che identificano dodici fattori terapeutici), attraverso il quale i membri del gruppo possono indicare quale fattore è maggiormente di aiuto dal loro punto di vista. Purtroppo pochi lavori, sino ad ora, hanno messo in relazione i fattori terapeutici e l'*outcome* della terapia (Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004). Lese e MacNair-Semands (2000) hanno recentemente validato un "Inventario dei Fattori Terapeutici" (TFI), basato sul modello di Yalom, per provare a superare questo specifico *gap* tra teoria e clinica.

A livello italiano, si configura come apprezzabile e utile il FAT.A.S.-G (Fattori Aspecifici e Specifici nel Gruppo), un questionario *self report* che si pone come obiettivo quello di analizzare il processo terapeutico di gruppo individuando come si sviluppano e si modifica l'andamento dei fattori terapeutici aspecifici e specifici (Marogna *et al.*, 2011). Sono state elaborate due versioni dello strumento (una per i pazienti e una per il terapeuta). Il questionario consta di 41 *item* e la modalità di risposta prevede l'utilizzo di una scala *Likert* a 5 punti (dove 0 indica "per niente" e 4 sta per "moltissimo").

6. Conclusioni

A conclusione del presente lavoro, possiamo innanzitutto sostenere che l'efficacia clinica (*effectiveness*) delle psicoterapie di gruppo è ormai stata dimostrata in modo solido e documentato soprattutto dalle ricerche degli ultimi venti anni (Bednar, Kaul, 1994; Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004; Fuhriman, Burlingame, 1994; Luborsky, Singer, Luborsky, 1975).

La domanda da porci, pertanto, non è più un quesito dicotomico che segue la logica Sì/No, Funziona/Non funziona, ma assume una valenza più complessa del tipo: "con chi? A quali condizioni?, etc."

Ad oggi, anche se la ricerca ha verificato l'importanza di alcuni elementi quali la coesione, l'alleanza terapeutica, il clima e l'empatia, non è ancora sufficientemente consolidato e compreso come questi fattori si sviluppino nei gruppi e in quali condizioni influenzino positivamente la buona riuscita della terapia. Inoltre, scarseggiano le ricerche empiriche sul ruolo del terapeuta di gruppo e, specificamente, su quali stili di conduzione possano favorire la creazione di un gruppo coeso e stabile e il cambiamento positivo dei pazienti. Parallelamente, ancora poco si conosce circa i fattori che possono proteggere un paziente da un precoce *drop-out* della terapia e quali fattori facilitino un buon legame con il gruppo terapeutico. Ci sembra quindi di potere parlare della ricerca in terapia di gruppo come di un percorso ancora *in fieri*, ma con prospettive promettenti, come hanno anche evidenziato le più autorevoli rassegne internazionali (Bednar, Kaul, 1994; Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004).

Certamente è abbastanza condiviso il fatto che sia la ricerca clinica che quella extraclinica hanno entrambe diritto a essere riconosciute come due livelli di investigazioni rilevanti e necessari al fine di studiare le psicoterapie; forse è meno chiara ancora la necessità, o per meglio dire l'urgenza, che ricerca clinica ed extraclinica imparino a dialogare tra loro. È mia convinzione che potremmo assistere a un importante balzo in avanti solo quando il ponte tra clinica e ricerca sarà finalmente ben costruito e consolidato (il panorama attuale ci mostra una fotografia in cui pochi clinici leggono le ricerche pubblicate nelle riviste scientifiche). Colpa dei clinici negligenti o responsabilità dei ricercatori che quando scrivono un articolo di ricerca non utilizzano un linguaggio comprensibile ai clinici? (probabilmente, a mio avviso, tendono a scriverlo utilizzando un'architettura narrativa che possa essere apprezzata soprattutto dai *referee* o dagli accademici che stanno nei concorsi universitari).

Credo che per quanto la ricerca empirica in psicoterapia di gruppo sia ancora in una fase embrionale, possiamo comunque avanzare delle considerazioni al fine di attivare alcuni spunti di riflessione.

Prima considerazione: sembra ormai ampiamente consolidato dalla letteratura che una buona selezione dei pazienti da inserire in gruppo è alla base per un buon esito terapeutico. La battuta di Lo Verso (ci vogliono 9 mesi prima di partorire un gruppo) credo debba divenire un assioma che ci ricordi l'importanza della fase della fondazione. Già Malcom Pines affermava che il gruppo nasce ed esiste, innanzitutto, nella mente dello psicoterapeuta. Ne consegue che l'idea sperimentalista di creare gruppi sperimentali e gruppi di controllo è assai debole in quanto non tiene conto della preziosa variabile "selezione dei pazienti".

Aggiungerei che il gruppo va pensato per il paziente e non il contrario. Dobbiamo pertanto riuscire a indagare sul "cosa funziona meglio per chi"; cioè quali tipologie di pazienti trovano maggiore giovamento da specifici interventi terapeutici a lungo termine, specificando la qualità degli esiti e il mantenimento dei risultati ottenuti nel tempo.

Seconda considerazione: "il paradigma della complessità" non può divenire un alibi per non fare ricerca o per farla male. È vero che occuparsi di ricerca empirica in psicoterapia di gruppo a lungo termine è sicuramente un'operazione "complessa"; le variabili sono molteplici, ma lo sforzo e la direzione da seguire devono essere quelle di riuscire a elaborare disegni di ricerca sempre più complessi e sofisticati che siano in grado di valutare i diversi livelli presenti nei trattamenti di gruppo.

La terza e ultima considerazione riguarda il tema della verità. Cos'è la verità? È corretto utilizzare questo termine quando ci riferiamo a scienze *soft* come la psicoterapia? Io credo che proprio questa ricerca affannosa della verità abbia creato molti danni. Al fine di perseguire la verità, la metodologia si è molto affinata, ma affinare una metodologia significa semplificarla, ridurla. Il vero problema è il contrasto derivante dal riduzionismo metodologico con la complessità clinica.

Il luogo della psicoterapia non è il luogo della scoperta della verità, ma è il luogo in cui dimorano il dubbio e l'incertezza, è il luogo dove dobbiamo e possiamo imparare a sostare in questo dubbio e in questa incertezza senza impazzire. In psicoterapia non si scopre la verità, al massimo si comprende qualcosa. La scienza fenomenologica, ad esempio, da questo punto di vista afferma che dobbiamo transitare dal registro della spiegazione a quello della comprensione. In psicoterapia ciò che l'Altro racconta può

farmi piangere perché mi risuona dentro, perché sfiora una mia corda emotiva fragile. Non credo sia utile però provare a misurare l'intensità di quanto quella corda abbia risuonato quanto piuttosto quello di r-accogliere quel pianto e provare ad attribuirgli un senso.

Nei primi colloqui si raccolgono i dati anamnestici che rappresentano il modo del paziente di raccontare frammenti della sua vita. Dai dati anamnestici, spesso ci illudiamo di conoscere la storia di quel paziente. In realtà sappiamo ben poco. La storia di un individuo non è il riassunto di dati anamnestici, ma di vicende biografiche che rappresentano una questione più complessa. Nel dato anamnestico si registrano come sono andati i fatti, le vicende biografiche narrano anche come questi fatti sono stati vissuti. Credo che la storia di una persona non è mai la sommatoria di *eventi vissuti*, ma deriva sempre dal modo in cui ha *vissuto tali eventi*. Mi informa poco sapere che un paziente ha affrontato un'esperienza di perdita, mi interessa molto di più conoscere come ha vissuto tale perdita.

Il tema del "vissuto" è un tema complesso sul quale non apro digressioni, ma mi limito ad asserire che la ricerca empirica non può e non deve pretendere di misurarlo, perché il "vissuto" non va misurato. Perché solo se non lo misuro lascerò libere le persone di guardarlo con le proprie lenti e di attribuirgli il proprio senso.

Dinanzi alla soggettività, al vissuto, alla vita, non vanno ricercate verità, ma significati personali. Il significato di ognuno di noi sarà la nostra preziosa verità.

D'altronde, ad esempio, chi sostiene l'esistenza di una vita dopo la vita ha le stesse ragioni di chi sostiene che dopo la vita ci sia il nulla. Sono entrambe verità.

Bibliografia

- Baldwin S., Stice E., Rohde P. (2008). Statistical analysis of group administered intervention data: Reanalysis of two randomized trials. *Psychotherapy Research*, 18(4), 365-376.
- Bednar R. L., Kaul T.J. (1994). Experiential Group Research: Can the Canon Fire? In Bergin A.E., Garfield S.L. (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (4th ed.), New York: Wiley, 631-633.
- Braaten L.J. (1989). Predicting positive goal attainment and symptom reduction from early group climate dimensions. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39: 377-387.
- Brunori L., Gibin A.M., Maglioli M., Bussandri M. (2004). Analysis of the therapeutic course of an eating disorders group. *Group Analysis*, 37 (3), 387-399.
- Burlingame G.M., Fuhriman A., Johnson J. (2002). Cohesion in group psychotherapy. In Norcross J. (eds) *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press, 71-88.
- Burlingame G.M., MacKenzie R.K., Strauss B. (2004). Small Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change. In Lambert M. (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5th ed.), New York: Wiley, 647-696.
- Chambless D.L., Ollendick T.H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52: 685-716.
- Cristofanelli S., Fassio O., Ferro L., Zennaro A. (2011). Il CFTC_Q: Climate Factors In Therapeutic Community Questionnaire. In Gasseau M., Gullo S., *La ricerca empirica in terapia psicodinamica di gruppo*. CSR COIRAG, 133-146.
- Davies-Osterkamp S., Strauss B., Schmitz N. (1996). Interpersonal problems as predictors of symptom-related treatment outcome in longterm psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 6: 164-176.

- Dazzi N., Lingiardi V., Colli A. (2006) (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Di Maria F., Formica I. (2009a). L'autoreferenzialità in psicologia clinica e in psicoterapia. *Rivista di psicologia clinica*, 2: 72-79.
- Di Maria F., Formica I. (2009b). *Fondamenti di gruppoanalisi*. Bologna: Il Mulino.
- Di Maria F., Lo Verso G. (2002) (a cura di), *Gruppi. Metodi e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Di Nuovo S., Lo Verso G. (2005) (a cura di), *Come funzionano le terapie*. Milano: Franco Angeli.
- Di Nuovo S., Lo Verso G., Giannone F., Di Blasi M. (1998) (a cura di), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*. Milano: Franco Angeli.
- Elliott R. (2001). Hermeneutic single case efficacy design (HSCED): An overview. In Schneider K., Bugental J., Frazer J. (a cura di), *Handbook of Humanistic Psychology*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Elliott R., Fischer C.T., Rennie D.L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-29.
- Eysenck H.J. (1952). The Effects of Psychotherapy: an Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16: 319-324.
- Fuhriman A., Burlingame G.M. (1994). Group Psychotherapy: Research and Practice. In Fuhriman A., Burlingame G.M. (eds) *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis*, New York: Wiley, 3-40.
- Giannone F., Lo Verso G. (1998). Scientificità della psicoterapia e valutazione. I presupposti epistemologici. In Di Nuovo S., Lo Verso G., Giannone F., Di Blasi M. (a cura di), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*. Milano: Franco Angeli, 17-39.
- 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. *Ricerca in psicoterapia*, 2 (13): 78-96.
- Gullo S., Lo Verso (2008). La ricerca in psicoterapia di gruppo in Italia. In Lo Coco G., Prestano C., Lo Verso G. (a cura di), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina, 117-136.
- Horvath A.O., Bedi R.P. (2002). The alliance. In Norcross J.C. (a cura di), *Psychotherapy Relationships that Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press, 37-69.
- Jacoby R. (1983). *The Repression of Psychoanalysis. Otto Fenichel and the Political Freudians*. New York: Basic Books (trad. it.: Il disagio della psicoanalisi. Roma: Astrolabio, 1987).
- Kordy H., Senf W. (1992). Therapieabrecher in geschlossenen gruppen. *Psychotherapie, Medizinische Psychologie*, 42: 127-135.
- Lambert M.J., Ogles B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert M. (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5th ed.), New York: Wiley, 139-193.
- Lese K.P., MacNair-Semands R.R. (2000). The Therapeutic Factors Inventory: development of a scale. *Group*, 24: 303-317.
- Lo Coco G., Giannone F., Lo Verso G. (2006). La ricerca in psicoterapia di gruppo. In Dazzi N., Lingiardi V., Colli A. (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina, 753-773.
- Lo Coco G., Prestano C. (2008). La ricerca in psicoterapia di gruppo: punti di forza e di debolezza. In Lo Coco G., Prestano C., Lo Verso G. (a cura di), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina, 3-24.
- Lo Coco G., Prestano C., Lo Verso G. (2008) (a cura di), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lo Verso G. (2002). Parametri di differenti set(ting) dei gruppi clinici. In Di Maria F., Lo Verso G. (a cura di), *Gruppi. Metodi e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina, 1-34.

- Lo Verso G., Gullo S., Prestano C. (2008). Ricerca e clinica: questioni epistemologiche e metodologiche. In Lo Coco G., Prestano C., Lo Verso G. (a cura di), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina, 25-34.
- Luborsky L., Singer B., Luborsky L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32: 995-1008.
- Marogna C., Mannarini S., Caccamo F., Melai C., Romagnoli L. (2011). I fattori terapeutici in psicoterapia breve di gruppo: un primo contributo nella definizione di una misura. In Gasseau M., Gullo S., *La ricerca empirica in terapia psicodinamica di gruppo*. CSR COIRAG, 155-167.
- Migone P. (2011). Alcune riflessioni sul problema della ricerca "scientifica" in psicoterapia. *Gruppi*, XIII (2): 19-48.
- Nosè F. (2006). Raccogliendo le note sparse di Girolamo Lo Verso. *Gruppi*, VIII (1): 117-119.
- Pavia L., Di Blasi M. (2011). Valutazione di un gruppo di terapia ad orientamento psicodinamico per pazienti con diagnosi di abuso da cocaina. In: Gasseau M., Gullo S., *La ricerca empirica in terapia psicodinamica di gruppo*. CSR COIRAG, 197-207.
- Prestano C., Lo Coco G. (2008). La terapia di gruppo per pazienti con disturbi alimentari. In Lo Coco G., Prestano C., Lo Verso G. (a cura di), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina, 139-152.
- Roback H.B., Smith M. (1987). Patient attrition in dynamically oriented treatment groups. *American Journal of Psychiatry*, 144: 426-431.
- Seligman M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shedler J. (2010). L'efficacia della terapia psicodinamica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIV (1): 9-34.
- Thione Bosio A., Prestano C., Gullo S., Tagliarini V., Minetti S., Serra M. (2009). Valutazione dell'efficacia di un percorso psicoterapeutico di gruppo. Dimensione del cambiamento. *Quaderno CSR COIRAG*, 12.
- Vasta F.N., Girelli R. (2011). Realizzazione di un manuale per la selezione preliminare dei pazienti, la composizione del gruppo, il monitoraggio del processo e la misurazione dell'outcome terapeutico nel gruppo ad orientamento analitico. In Gasseau M., Gullo S., *La ricerca empirica in terapia psicodinamica di gruppo*. CSR COIRAG, 121-131.
- Vigorelli M. (2009) (a cura di), *Laboratorio didattico per la ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Westen D., Novotny C.M., Thompson-Brenner H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130 (4): 631-633.
- Yalom I.D. (1995). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri.