

Evoluzione della terapia di gruppo di un bambino attraverso il modello del Ciclo Terapeutico

di Graziella Fava Vizziello^{*}, Francesca De Palo^{}, Alessandra De Gregorio^{**}**

Abstract

Il seguente studio¹ descrive il processo di una psicoterapia di gruppo² ad orientamento psicodinamico per bambini con disturbi psicopatologici. In particolare l'analisi è focalizzata su un bambino target, con l'obiettivo di evidenziare i momenti critici del percorso terapeutico e l'influenza che il contesto grupppale ha su di esso.

Sono state analizzate quindici sedute di terapia attraverso il Modello del Ciclo Terapeutico (TCM), sviluppato dal Professor Erhard Mergenthaler. Tale modello analizza la produzione verbale, distinguendo le parole con connotazione emotiva e quelle con connotazione cognitiva. Gli Autori hanno dimostrato il ruolo fondamentale delle terapisti e del gruppo nel modulare ed integrare gli aspetti emotivi e cognitivi del paziente preso in esame in questo studio.

Parole chiave: valutazione; terapia gruppo; bambini; Mergenthaler

Introduzione

Psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico nell'età evolutiva

Gli sviluppi della ricerca e i nuovi modelli di lettura della prima infanzia hanno allargato e reso più complessi l'orizzonte teorico e, conseguentemente, la logica della valutazione e del trattamento nella clinica dell'età evolutiva.

Oggi lo sviluppo non è più considerato una semplice successione lineare di fasi prestabilite, non è più visto come un processo armonico e prevedibile. Il processo evolutivo procede attraverso una costante riorganizzazione attiva, passando continuamente da fasi di relativa stabilità, che dipendono dai meccanismi di auto-organizzazione del sistema, a fasi in cui prevalgono le perturbazioni, in seguito alle quali vi è la possibilità di passare a nuove forme di organizzazione dinamica e, quindi, a nuovi appuntamenti evolutivi. Le transizioni che si producono da uno stato a un altro, pur avendo una base genetica, si organizzano in base alla matrice intersoggettiva.

I fenomeni evolutivi e clinici possono quindi essere compresi come proprietà dei campi intersoggettivi in cui si producono (Carli & Rodini, 2008) e lo sviluppo del bambino è considerato come il prodotto di un'interazione dinamica continua tra il bambino e l'esperienza fornita dalla sua famiglia e dal contesto sociale (Sameroff & Emde, 1989). In altri termini, la chiave di lettura di ogni fenomeno è data dall'unicità della storia intersoggettiva e dei sistemi relazionali in cui ha avuto origine e in cui si sviluppa (Carli & Rodini 2008).

A livello clinico, il paziente può essere individuato nel contesto, nel bambino o nella relazione, ma solo come luoghi privilegiati di entrata in un sistema, in quanto luoghi di minor resistenza (Fava Vizziello & Stern, 1992); comunque, al di là del punto di entrata nel sistema *contesto-*

* Professore Ordinario di Psicopatologia dello Sviluppo, Università di Padova.

** Psicologa, Università di Padova.

Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Via Belzoni, 80 - 35121 Padova.

¹ Rivisto dal prof. Erhard Mergenthaler.

² Si ringrazia la dott.ssa Sara Pasquato per aver fornito il materiale video delle terapie di gruppo.

bambino-relazione, in qualsiasi terapia ciò che si modificano sono le relazioni e le interazioni tra il sistema e l'ambiente.

La rispondenza tra diagnosi del bambino e trattamento non è perciò mai univoca rispetto al sintomo, ma richiede sempre informazioni riguardo alla rete relazionale, alla personalità, al modo in cui i genitori esercitano la funzione genitoriale, alla transazione familiare, alla situazione fisica, alle risorse della famiglia e del terapeuta, al tipo di servizio (Fava Vizziello, 2003).

Per quanto riguarda il processo terapeutico viene data una maggiore importanza agli affetti e all'empatia, rispetto all'uso della parola e dell'interpretazione come strumento cardine (Stern et al. 1998; Tronick, 1998). Tale approccio deriva dall'interessante contributo relazionale che Mitchell ha portato alla psicoanalisi (Greenberg & Mitchell, 1983; Mitchell & Black, 1995), secondo cui il campo relazionale include la soggettività, l'individualità e l'intersoggettività'. In questa prospettiva l'uomo raggiunge la propria individualità e rende la propria esperienza unica, significativa e personale, attraverso la relazione. La relazione terapeutica, vista nella prospettiva del sistema regolatorio diadico, non agirebbe solo attraverso efficaci interpretazioni relative all'assetto mentale del paziente e delle sue relazioni oggettuali, attuate mediante l'uso del linguaggio e la trasformazione della memoria dichiarativa; ma anche tramite espansioni dei suoi stati di consapevolezza, derivate dalla sincronizzazione degli stati affettivi intercorrenti tra paziente e terapeuta.

Le cure di cui il bambino fruisce dipendono dal luogo e dal suo clima, dalla cultura, dall'assetto dei servizi socio-sanitari ed educativi e dal modo di essere degli adulti che gli stanno vicino; assumono aspetti molto diversi, che sono effetto e causa del modo di considerare l'individuo in quel determinato momento storico.

La natura del materiale clinico, come anche il contesto entro cui esso trova una collocazione, presentano aspetti che hanno esercitato e continueranno ad esercitare la loro influenza sulla forma delle terapie che stanno evolvendo nel campo della clinica dell'età evolutiva. Oggi, nell'organizzazione sociosanitaria ed educativa, è copresente una gamma ricca e complessa di interventi che a seconda dei casi sono indirizzati al contesto, alla madre, al bambino o alla loro interazione.

Esiste una lunga serie di studi sulle psicoterapie dell'adulto, che mettono in evidenza come, in generale, quasi tutti gli approcci abbiano un certo successo se messi in atto da persone coscienti, sensibili e con una buona formazione nell'approccio prescelto (Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auersback, 1988). Anche nel campo della clinica dell'età evolutiva si sta oggi lavorando per comprendere quali siano i fattori specifici e quelli non specifici, detti anche fondamentali o comuni a tutte le terapie, implicati nel processo del cambiamento terapeutico (Fava Vizziello & Stern, 1992). Tra questi, primo fra tutti, è il sistema famiglia-bambino; gli elementi di cui è costituito sono interdipendenti e in costante interazione dinamica: se un elemento viene modificato, in seguito ad un'azione terapeutica esercitata su di esso, anche tutti gli altri elementi devono cambiare per adeguarsi alla modificazione intervenuta nel primo. In questo senso il punto di entrata è determinato dalla scuola di riferimento, ma il cambiamento all'interno del sistema è determinato dalla natura del sistema stesso. Ulteriore aspetto comune alle varie terapie è l'enfasi posta su ciò che è sano, rispetto a ciò che è patologico nel quadro clinico. Questo avviene soprattutto per la spinta alla crescita, allo sviluppo e alla maturazione, intrinseca al sistema *contesto-bambino-genitore*. Inoltre, il sistema di base non solo è aperto al cambiamento, ma periodicamente esso ri-presenta questi periodi di apertura.

In questa ottica è interessante adottare un metodo di studio, per l'analisi del processo e dell'outcome del lavoro psicoterapeutico, capace di riconoscere anche il ruolo dei fattori specifici che intervengono nelle diverse terapie, indipendentemente dal tipo di orientamento adottato. Il Modello del Ciclo Terapeutico (TCM, Therapeutic Cycle Model) (Mergenthaler, 1996), adottato in questo studio, è in grado di valutare il processo terapeutico proprio valutando alcune componenti generali del processo, implicitamente possedute da tutte le terapie.

Ricerca empirica in psicoterapia: il Modello del Ciclo Terapeutico

Il Modello del Ciclo Terapeutico (TCM, Therapeutic Cycle Model), creato nei primi anni Novanta da Erhard Mergenthaler (1996) presso la Sezione di Informatica in Psicoterapia della Facoltà di Medicina dell'Università di Ulm, si basa sulla trascrizione verbatim delle sedute e l'elaborazione computerizzata dei dati.

Premessa fondamentale è l'idea che il cambiamento in terapia può essere letto anche attraverso lo scambio verbale, indipendentemente dalle specifiche procedure terapeutiche utilizzate nel corso della terapia. L'approccio utilizzato nel Modello del Ciclo Terapeutico è quello dei "marcatori verbali", vengono, cioè, individuati nella produzione verbale gli indici operazionali che permettono di rilevare gli stati cognitivi ed emozionali sottostanti all'apparenza linguistica di un testo (Buchheim & Mergenthaler, 2000). I blocchi di parole diventano oggetto di studio, in quanto riflesso dello stato del paziente nel momento in cui li ha pronunciati e, quindi, interfaccia adeguata dei processi cognitivi in atto (Mergenthaler, 1996).

Il Modello del Ciclo Terapeutico tenta di operazionalizzare i momenti chiave di un trattamento in cui si verifica qualcosa di importante dal punto di vista clinico, verificando la presenza ed il peso di alcune componenti generali del processo, implicitamente possedute da tutte le terapie: *esperienza affettiva* (stimolo all'eccitamento e alla disponibilità, alla suggestione, alla liberazione e all'espressione delle emozioni), *padronanza cognitiva* (aspetti della terapia che usano ragione e significato, conscio oppure inconscio, come strumenti terapeutici primari e che tentano di ottenere il loro effetto attraverso l'acquisizione e l'integrazione di nuove percezioni, schemi mentali e autocoscienza) e *prescrizione comportamentale* (tecniche di rinforzo comportamentale, feedback e modeling, che permettono la sperimentazione, l'assimilazione e l'applicazione delle nuove acquisizioni, rendendo duraturo l'effetto terapeutico) (Karasu, 1986).

Il Modello del Ciclo Terapeutico di Mergenthaler (1996) traduce i fattori di cambiamento di esperienza affettiva e di padroneggiamento cognitivo, identificati da Karasu (1986), in due variabili individuabili attraverso specifiche parole della produzione verbale: il Tono Emozionale (Positivo e Negativo) e l'Astrazione. L'esperienza affettiva e il padroneggiamento cognitivo sono rispettivamente operazionalizzati come la quantità di parole a contenuto emotivo (Tono Emozionale [ET]) e come la quantità di parole di tipo astratto (Astrazione [AW]) contenute nei dialoghi terapeutici.

Dunque, strumenti essenziali nell'analisi computerizzata del testo sono i "dizionari", ossia elenchi di parole markers con le quali vengono confrontati i testi delle trascrizioni delle terapie. Tali dizionari sono costruiti e aggiornati da giudici esperti sulla base di criteri specifici, creati a partire dalle teorie linguistiche di Sandhöfer-Sixel (1988) e di Labov e Fanshel (1977). In particolare, il Modello del Ciclo Terapeutico prevede la costruzione di tre dizionari, quello delle parole del Tono Emotivo, dell'Astrazione e dello Stile Narrativo. Sono considerate parole emotive quelle parole che possiedono una valenza emozionale che possa essere classificata secondo una delle seguenti dimensioni (Sandhöfer-Sixel, 1988): *sentimento*, piacere-dispiacere (per esempio 'entusiasmante', 'comodamente', 'infelice', 'deludere'); *valutazione cognitiva*, approvazione-disapprovazione (per esempio 'sostenere', 'geniale', 'scorretto', 'irresponsabile'); *relazione interpersonale*, attaccamento-distacco (per esempio 'abbracciare', 'tenere', 'abbandonare', 'distaccato'); *sorpresa* (per esempio 'impressionato', 'stupefacente', 'meraviglioso', 'incredibilmente'). Le parole emotive relative a ciascuna di queste dimensioni (a eccezione della dimensione *sorpresa*) possono avere valenza sia positiva (per esempio 'entusiasmante', 'geniale', 'abbracciare', 'tenero') che negativa (per esempio 'infelice', 'scorretto', 'abbandonare'). Sono considerate parole astratte tutti i sostantivi che si riferiscono a concetti e realtà che non possono essere percepiti direttamente con i sensi, così come i nomi che indicano categorie generiche di oggetti o entità. In particolare, tali parole possono riferirsi a: *tempo ed unità di misura* (per esempio 'anno', 'ora', 'quantità'); *azioni ed avvenimenti* (per esempio 'viaggio', 'incidente'); *stati fisici, corporei ed emotivi* (per esempio 'febbre', 'morte', 'calma'); *proprietà fisiche ed emotive* (per esempio 'lunghezza', 'dignità', 'sincerità'); *relazioni interpersonali* (per esempio 'matrimonio', 'amicizia', 'libertà'); *scienze e arte* (per esempio 'medicina', 'biologia', 'matematica'). La misurazione dello Stile Narrativo si basa, invece, sulla definizione linguistica di "narrazione" proposta da Labov e Fanshel (1977): una narrazione è la descrizione di una sequenza di eventi, in cui sono presenti informazioni

relative al tempo e al luogo degli episodi, all'identità dei partecipanti e al loro comportamento iniziale; è necessario, inoltre, che siano esplicitati aspetti insoliti, divertenti o spaventosi, che definiscono l'evolversi della storia, e commenti sugli eventi e sulle loro conseguenze; una narrazione descrive sempre la risoluzione o la conclusione degli eventi problematici e presenta un collegamento o riferimenti agli avvenimenti del presente. Il dizionario dello Stile Narrativo è il risultato di uno studio che ha messo a confronto l'analisi testuale di narrazioni rispetto ad altri tipi di testo (Labov, 1972; Mergenthaler & Bucci, 1999): si compone, quindi, di un elenco di termini che caratterizzano le narrazioni, tra cui pronomi, congiunzioni e avverbi. Il database tradotto per la lingua italiana attualmente contiene 9779 vocaboli per il Tono Emozionale, di cui 3482 per le emozioni positive e 6297 per le emozioni negative, e 3512 vocaboli per l'Astrazione e viene aggiornato e implementato continuamente con la collaborazione di alcuni ricercatori e terapeuti italiani, tra cui il nostro gruppo (Lucilla Rebecca, Chiara Bellardi, Chiara Bellinato, Sara Cuticchio, Elena Coluccio, Ilaria Bianco, Bendetta Bozza), che rendono disponibili nuove trascrizioni di terapie e nuovi vocaboli. L'oscillazione della dimensione quantitativa di emozione e di astrazione è particolarmente importante dal punto di vista clinico, perchè riflette variazioni dello stato in cui si trova l'individuo. Secondo il Modello teorico del Ciclo Terapeutico le possibili e diverse combinazioni di questi due stati possono facilitare oppure ostacolare il cambiamento. Queste combinazioni, sono definite Pattern di Emozione – Astrazione e sono rappresentate graficamente in relazione al valore del punto z rispetto alla media (figura A.1):

- Pattern A: Rilassamento (Basso Tono Emozionale e Bassa Astrazione): il paziente parla di argomenti che non sono apertamente connessi ai temi centrali, ai problemi e ai sintomi. I pazienti in questa condizione esprimono poca emozione e non sempre riflettono
- Pattern B: Riflessione (Basso Tono Emozionale e Alta Astrazione): i pazienti presentano temi con una elevata quota di astrazione, senza che intervenga un vissuto emotivo. L'elaborazione avviene a livello cognitivo, in assenza di sensazioni ed emozioni (insight cognitivo).
- Pattern C: Esperienza (Alto Tono Emozionale e Bassa Astrazione): i pazienti si trovano in uno stato di esperienza emozionale. Possono toccare temi con forte coinvolgimento personale o conflittuali e viverne l'esperienza affettiva ad essi legata.
- Pattern D: Connessione (Alto Tono Emozionale e Alta Astrazione): i pazienti hanno un accesso sia emozionale sia cognitivo ai temi conflittuali e possono riflettere su di essi (funzione riflessiva). In questa fase è, cioè, in corso l'elaborazione di temi problematici che può condurre all'*insight emotivo* e al cambiamento. Tale stadio segna un momento importante dal punto di vista clinico, cioè un momento chiave, in cui la concomitanza di vissuti emozionali e considerazioni sugli stessi vissuti realizza una "buona ora" (Kris, 1956).

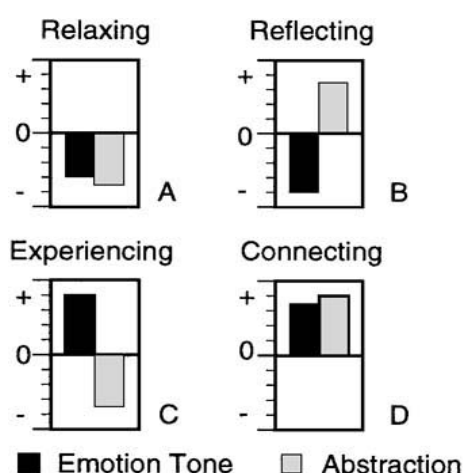


Figura A.1 – I pattern di Emozione-Astrazione: Pattern A: Rilassamento, ET e AB < 0, Pattern B: Riflessione, ET < 0 e AB > 0, Pattern C: Esperienza, ET > 0 e AB < 0, Pattern D: Connessione, ET e AB > 0 (Mergenthaler, 1996).

Il Modello del Ciclo Terapeutico prevede che nel corso dell'intero trattamento psicoterapeutico o in una singola seduta, la successione dei Pattern di Emozione – Astrazione non sia casuale:

gli aspetti fondamentali dell'esperienza emozionale e dei processi riflessivi si succedono secondo un processo periodico e ciclico: Rilassamento, Esperienza, Connessione, Riflessione.

L'ipotesi di Mergenthaler è che i cicli di trattamento che hanno esito positivo, in cui, cioè, avviene un cambiamento terapeutico e si ottiene un miglioramento del paziente, siano diversi dai cicli di trattamento con esito negativo. In particolare, egli ipotizza che nelle psicoterapie condotte con successo si presentino maggiori momenti chiave, cioè pattern di Connessione tra l'emozione e l'astrazione (Pattern D). I pazienti che, nel corso delle loro psicoterapie non riescono a connettere il tono emozionale con l'astrazione, molto probabilmente non presenteranno miglioramenti (Mergenthaler, 1996).

Obiettivi

Il seguente studio si pone l'obiettivo di analizzare, in relazione ad un bambino target, l'andamento del processo di una psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico per bambini con diverse forme di disturbi del comportamento. Si cercherà inoltre di comprendere quanto il contesto gruppal incidere sul percorso psicoterapeutico di uno dei suoi membri, per verificare quanto in una psicoterapia di gruppo tutti i partecipanti contribuiscano al processo di cambiamento e quanto in effetti il gruppo sia qualcosa di diverso e di più rispetto alla semplice somma dei suoi membri.

Si tratta di un disegno continuo - processuale il cui fine è quello di verificare se nella terapia sia avvenuto un cambiamento, senza la pretesa di spiegare il "perché" di tale cambiamento o quali siano i fattori terapeutici intervenuti nel processo terapeutico.

È questo uno studio esplorativo, in quanto è uno dei primi, insieme ai lavori di Fontao e Mergenthaler su gruppi di pazienti con disturbi alimentari (Fontao & Mergenthaler, 2003, 2008), ad applicare il TCM a psicoterapie di gruppo e nell'ambito della clinica dell'età evolutiva.

Soggetto

La psicoterapia oggetto di questo studio è stata condotta presso il nostro Servizio per la genitorialità e i disturbi psicopatologici in età evolutiva dell'Università di Padova.

Il bambino target è dunque un utente in carico presso il Servizio, il quale è stato segnalato all'età di sette anni da genitori ed insegnanti per disturbi del comportamento ed alcuni tratti psicotici.

Al termine del percorso psicodiagnostico emergono, all'interno di un quadro cognitivo nella norma, alcune difficoltà di concentrazione e di mantenimento dell'attenzione. Inoltre il bambino presentava aspetti allucinatori e persecutori che potevano essere controllati con l'intervento dell'adulto.

Sono stati indicati un percorso di supporto psicologico per i genitori di Giancarlo e con lui stesso e cicli di psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico per il bambino, successivamente integrati con cicli di sedute psicoterapeutiche individuali.

I gruppi a cui Giancarlo ha partecipato erano composti in media da 5 bambini e bambine della sua età o di qualche anno più piccoli o più grandi, tutti seguiti presso il Servizio e segnalati per disturbi psicopatologici di vario tipo. Tutti i bambini presentavano disturbi del comportamento e dell'apprendimento, mentre un bambino soffriva della Sindrome dell'X fragile. Le attività proposte sono solitamente strutturate e di tipo ludico.

Metodo

Lo studio è stato condotto su cinque cicli ognuno composto da dieci sedute di psicoterapia di gruppo, attuati nell'arco di tre anni e mezzo ed intervallati da momenti di presa in carico individuale e familiare.

Come criterio base per l'operazionalizzazione del processo di cambiamento terapeutico si è scelto di analizzare le trascrizioni verbatim di tre sedute per ogni ciclo di terapia di gruppo: la prima, l'ultima e quella centrale, per un totale di quindici sedute.

Le trascrizioni sono state ottenute dalle videoregistrazioni delle sedute. Per la trascrizione delle sedute sono stati utilizzati gli standard di trascrizione per la lingua italiana elaborati da Mergenthaler (1999).

Analisi dei dati

Le trascrizioni così ottenute sono state inserite nel programma CM (Cycles Model [CM] software), elaborato da Mergenthaler (1996).

Il programma suddivide le trascrizioni in blocchi di 150 parole ciascuno e, tramite l'utilizzo dei dizionari elettronici dell'emozione e dell'astrazione e di un terzo dizionario in grado di quantificare il livello di Stile Narrativo, calcola, per ogni segmento, le frequenze di parole del Tono Emotivo, dell'Astrazione e dello Stile Narrativo. Inoltre, per le parole del Tono Emotivo opera una suddivisione in parole emotive positive e negative. Inoltre, in base ai valori del Tono Emotivo e dell'Astrazione, il programma indica, per ogni segmento, il Pattern di Emozione - Astrazione corrispondente.

I dati così ottenuti sono restituiti automaticamente dal programma CM sotto forma di tabelle e di grafici. Le prime contengono le frequenze calcolate per le diverse categorie di parole e per i diversi Pattern di Emozione - Astrazione.

I grafici che permettono di identificare la successione dei Pattern di Emozione-Astrazione possono riferirsi sia ad una singola seduta (Microanalisi), sia all'intero trattamento (Macroanalisi). Nel primo caso l'unità di riferimento è il segmento di 150 parole, nel secondo caso è la singola seduta a rappresentare l'unità di riferimento. Essi mostrano, suddivisi per la produzione verbale del singolo paziente e per la produzione verbale totale di paziente e terapeuta, l'andamento dello Stile Narrativo e le frequenze delle parole del tono emotivo e dell'astrazione espresse come deviazioni dalla media della loro trasformazione in punti-z. Un altro grafico mostra invece la proporzione della produzione verbale del paziente e del terapeuta, che insieme rappresentano il 100% della produzione verbale in ogni singolo blocco. Un ultimo grafico mostra infine la valenza del Tono Emotivo, positivo o negativo, lungo l'unità di tempo considerata.

Le analisi sugli output grafici forniti dal programma CM sono inizialmente condotte a livello del singolo paziente, considerando la produzione verbale di Giancarlo ed escludendo quella degli altri bambini. Tali analisi sono poi state estese all'intero gruppo, nel tentativo di comprendere quanto il cambiamento terapeutico sia un fenomeno che agisce a livello del singolo individuo e quanto sia, invece, determinato dal contesto grupppale di cui il bambino è parte attiva, in un processo di reciproca influenza.

Discussione dei dati

Il grafico A.2 evidenzia il percorso psicoterapeutico segmentato nelle quindici sedute che lo costituiscono, scelte come materiale per la ricerca (Macroanalisi).

Osservando il grafico della Proporzion del Parlato, si può notare come la produzione verbale di Giancarlo sia nettamente inferiore a quella delle terapeute in quasi tutte le sedute.

Per quanto riguarda la distribuzione dei Pattern di Emozione - Astrazione si può osservare che essi si succedono in modo che nell'ultima parte del trattamento, in corrispondenza delle sedute 10, 11, 12, 13, 14 e 15, si evidenzia un Ciclo Terapeutico così come teorizzato dal TCM. Se consideriamo sia la produzione verbale del paziente sia quella del paziente e del terapeuta insieme, il ciclo, infatti, comprende due blocchi di Connessione preceduti da un blocco di Rilassamento. Interessante notare come i blocchi di Connessione siano immediatamente seguiti da due blocchi di Riflessione, così come ipotizzato dal TCM: come conseguenza dei processi di *insight* la tensione emotiva diminuisce lasciando spazio ai processi riflessivi. Ancora, il Ciclo Terapeutico che si evidenzia nel corso del trattamento di

Giancarlo, coincide con il ciclo prototipico ipotizzato dal TCM anche per quanto riguarda l'andamento del tono emozionale. In corrispondenza della seduta 10 si può, infatti, osservare uno *shift event*, ossia un'inversione nel tono emozionale, che da negativo diventa positivo. Si tratta della prima seduta del quarto ciclo. I membri del gruppo sono Giancarlo, due bambini, terapeuta e co-terapeuta. Da subito Giancarlo si dimostra molto partecipe ed entusiasta per aver ripreso l'attività del gruppo: tra i bambini è il primo a prendere la parola in modo attivo. Dopo i saluti e le presentazioni, Giancarlo aiuta le operatrici a predisporre la stanza per le attività, con vivacità e disponibilità. Il gioco proposto è quello del disegno della sagoma. Più passano i minuti, più la partecipazione di Giancarlo alle attività di gruppo si fa particolarmente attiva e vivace: corre per la stanza, saltando su e giù dai tavoli e dalle sedie. Una delle terapeute propone, perciò, un'attività di rilassamento, che non riesce, però a tranquillizzare il bambino. Ai bambini viene poi richiesto di disegnare se stessi come si immaginano da grandi; l'attività riscuote successo e soprattutto Giancarlo, per tutto lo svolgimento della stessa, cerca di attirare su di sé l'attenzione del gruppo proponendo nuovi argomenti di discussione e parlando in continuazione di sé. La seduta termina infine con la recitazione di una filastrocca.

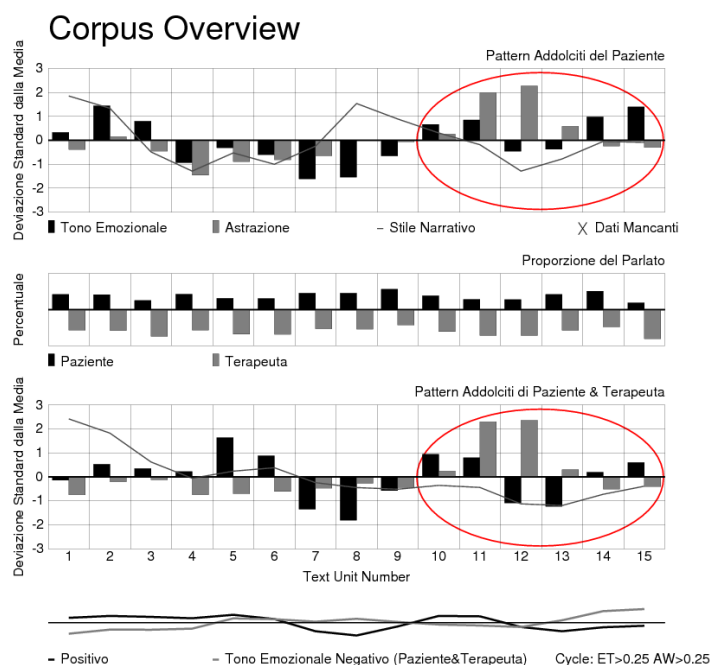


Grafico A.2 - Pattern di Emozione – Astrazione (EAP) e Cicli Terapeutici (Cycle) nel corso del trattamento calcolati sulla produzione verbale di Giancarlo e delle terapeute, escludendo quella del gruppo.

È inoltre interessante notare come, quando una stessa seduta è classificata attraverso il pattern di Esperienza in entrambi i grafici, come ad esempio le sedute numero tre, quattordici e quindici, nel grafico che considera anche la produzione verbale delle terapeute, il tono emotivo sia comunque sempre significativamente più basso rispetto a quello che si evidenzia nel grafico riferito alla sola produzione verbale del bambino. Quando Giancarlo, infatti, prende le distanze dai propri contenuti emotivi e si mantiene in una fase di Rilassamento, le terapeute intervengono a stimolarlo con un linguaggio emotivo. Quando, però, il bambino abbandona la fase di Rilassamento ed inizia a prendere contatto con i propri vissuti emotivi, tende a farsi invadere dagli stessi, manifestandoli sia attraverso il canale comunicativo, sia attraverso l'attività impulsiva e spesso poco modulata, che caratterizza il bambino nel corso delle sedute. In questo caso le terapeute intervengono svolgendo un'importante funzione moderatrice e modulatrice nei confronti dell'esperienza emotiva di Giancarlo, attraverso un linguaggio emotivamente meno intenso, al fine di contenere la sua emotività dirompente.

Al fine, poi, di valutare all'interno del percorso terapeutico qui considerato, quanto tutti i partecipanti nel complesso contribuiscano ad un processo di cambiamento, è stata eseguita un'analisi qualitativa confrontando tra loro gli andamenti dell'ultimo modulo di psicoterapia (sedute tredici, quattordici e quindici), ottenuti dalla produzione verbale del paziente, Giancarlo (Grafico A.3), e da quella di tutto il gruppo (Grafico A.4).

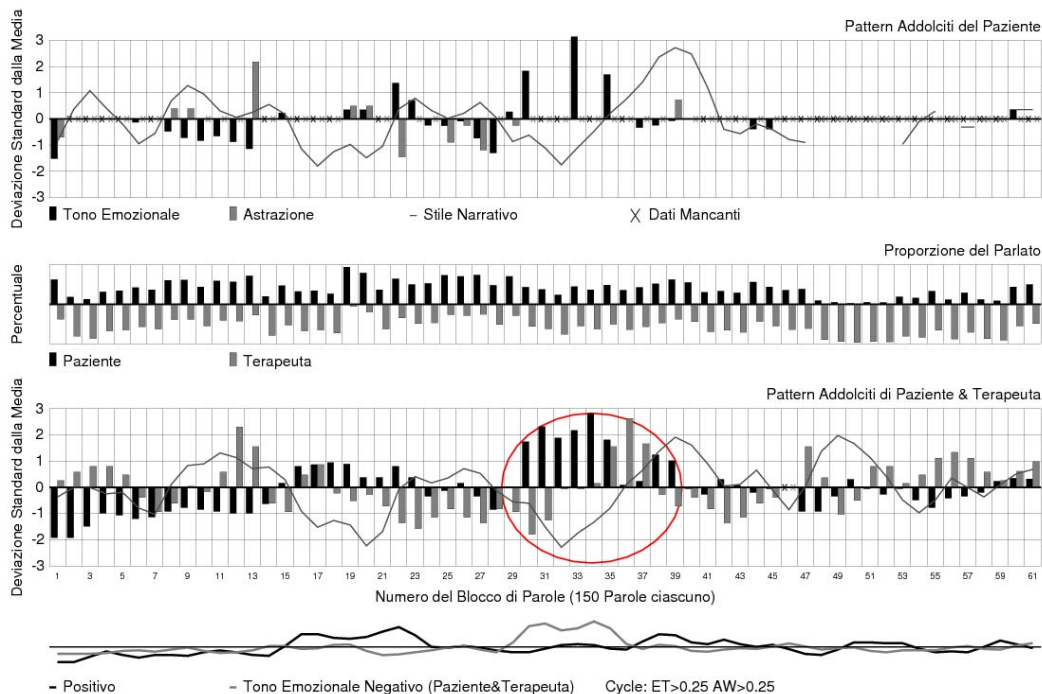


Grafico A.3 - Pattern di Emozione – Astrazione (EAP) e Cicli Terapeutici (Cycle) nel corso dell'ultimo ciclo (Giancarlo)

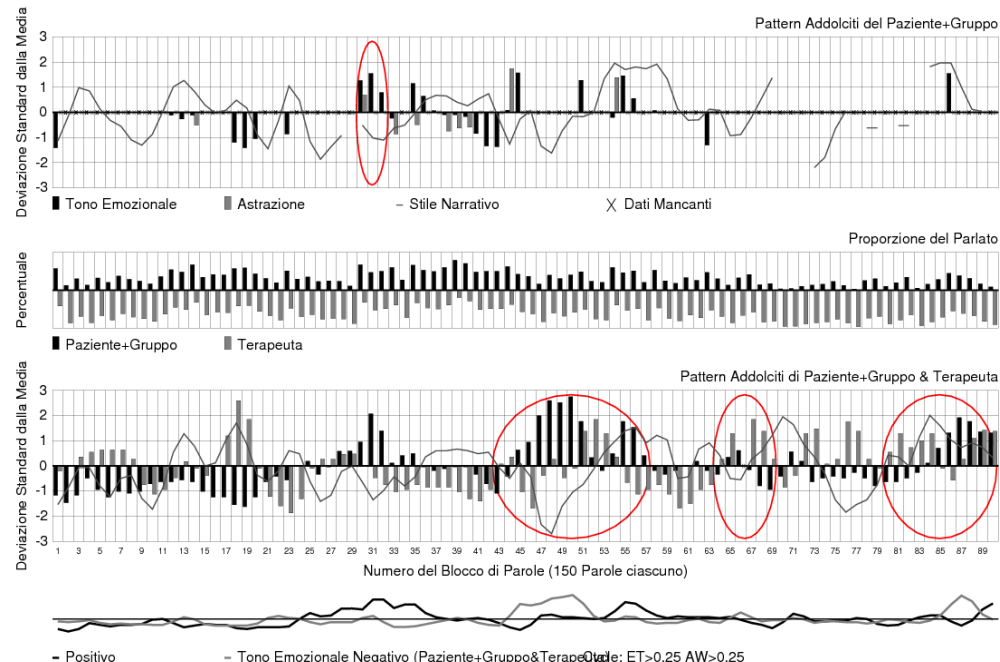


Grafico A.4 – Pattern di Emozione – Astrazione (EAP) e Cicli Terapeutici (Cycle) nel corso dell'ultimo ciclo.

Confrontando tra loro i grafici dell'andamento dei Pattern di Emozione – Astrazione, nei quali è compresa la produzione verbale del paziente e delle terapeute, si osserva che nel caso in cui viene tralasciato il parlato degli altri bambini si riscontra un solo Ciclo Terapeutico,

compreso tra il segmento ventotto e quaranta. In particolare le tabelle delle frequenze restituite dal Software CM permettono di classificare il blocco 35 come pattern Connessione, in prossimità del quale si verifica inoltre uno *shift event*. Il blocco 35 fa parte della seduta centrale del quinto ed ultimo ciclo qui considerato. I membri del gruppo sono Giancarlo, un bambino, terapeuta e co-terapeuta. La prima parte della seduta vede impegnati i membri del gruppo in uno scambio verbale libero, durante il quale Giancarlo mostra con chiarezza il proprio bisogno di raccontarsi e di attirare l'attenzione su di sé. Reclama spesso il diritto di parola, è impaziente e poco rispettoso dei turni verbali; sembra geloso delle attenzioni che le terapeute dedicano all'altro bambino, tanto che invade fisicamente lo spazio relazionale tra loro, in modo da frapporsi come barriera tra il bambino e le terapeute. Nella seconda parte della seduta ha inizio l'attività di gioco vera e propria, che vede i bambini impegnati nella realizzazione di una maschera di Halloween. Il gioco si svolge, in realtà, come se i due bambini fossero molto distanti l'uno dall'altro; non c'è partecipazione e condivisione né dell'attività né dei contenuti che emergono a livello verbale. In particolare, Giancarlo è molto concentrato su se stesso, sembra disorganizzato e porta in seduta molti temi mortiferi. Lo *shift event* si verifica nel momento in cui le terapeute portano Giancarlo a riflettere rispetto allo stato di rabbia che ogni tanto tutte le persone possono sperimentare; chiedono al bambino di provare ad immaginare come ci si sente quando si è arrabbiati e come ci si faccia ad arrabbiare e lo inducono a trovare una soluzione a tale stato cercando di pensare a quali consigli darebbe ad una persona arrabbiata. Di contro, Giancarlo chiede un consiglio per sé, perché spesso si arrabbia e soprattutto all'interno della classe quando i suoi compagni lo chiamano con dei nomignoli:

T: ma invece loro che si sentono arrabbiati come si sentono anche?

G: si sentono un poco male

T: ma come fanno ad arrabbiarsi quando sono arrabbiati?

G: non lo so, io non ci riesco neanche a pensare

T: ma tu prova a dare un consiglio a loro

G: non ci riesco mai a dargli un consiglio io perchè è così tanto incavolato...

T: però gli altri sì che possono darteli i consigli. Gli altri, quando sono tranquilli, possono dare dei consigli a una persona arrabbiata...

G: qualcuno può darmelo? perché nella mia classe tutti mi prendono in giro!

T: davvero?

G: mmh...

T: e come mai ti prendono in giro?

G: non lo so neanche

T: aha, ma a te dà fastidio? però, che brutto quando ti prendono in giro...

G: sì perfino la Giorgia mi chiama Giarrico che per me è un nome stupido

T: che brutto!

Se si considera, invece, la totalità dei pazienti, il programma CM evidenzia tre Cicli Terapeutici, tutti nell'ultima parte del modulo oggetto di studio. Nello specifico, le tabelle delle frequenze restituite dal Software CM permettono di classificare i blocchi 48 e 51 come pattern Connessione, in prossimità dei quali si verifica inoltre uno *shift event*. Si tratta della prima parte della seduta centrale del quinto ed ultimo ciclo qui considerato, che, come precedentemente detto, vede impegnati i membri del gruppo in uno scambio verbale libero mentre sono impegnati nella realizzazione di alcune maschere per Halloween. Nel blocco 48 il parlato di Giancarlo è caratterizzato da temi mortiferi; le terapeute intervengono cercando di coinvolgere anche l'altro bambino, proponendo temi in netta contrapposizione con quelli portati da Giancarlo:

G: sì, per uccidere!

T2: ma quanti pensieri brutti oggi Giancarlo...

G: perchè è halloween

T2: e ci sono i pensieri brutti ad halloween?

G: sì ci sono sempre

T2: è vero Sandro che a halloween ci sono i pensieri brutti?

G: tutti morti

T2: noi siamo tutti morti?
 G: tutti
 T1: ma ci sono anche i mostri ad halloween che sono vivi però...
 T2: ci sono i mostri che fanno paura però
 G: e te cosa mi fai? mi fai pena te mi fai pena, sei morta te
 T2: io mi sento viva anche se è halloween
 G: devi sentirti morta!
 T1: ma guarda che è un gioco halloween
 G: per me no!
 T2: c'è uno spago
 G: per tagliarti, per soffocarti
 T2: ma sai che Giancarlo cioè...
 G: ho un pensiero
 T2: mi fai un poco paura con tutti questi pensieri brutti
 G: con quel filo là ti potrei legare bene
 T2: mi fai come un arrostitino?
 G: e poi sai cosa ti faccio? ti metto in brace!

Anche i blocchi 89 e 90 sono classificati come pattern Connessione, in prossimità dei quali si verifica uno *shift event*. Si trovano nell'ultima seduta del quinto ciclo qui considerato: i membri del gruppo sono Giancarlo, due bambini, terapeuta e co-terapeuta. L'ora di terapia inizia in modo confusionario: i bambini sono sdraiati sul tappetone, ma fanno fatica a stare alle regole del gruppo. Soprattutto Giancarlo tende a distrarsi e a distrarre il resto del gruppo facendo diversi dispetti agli altri bambini. Quando i pazienti riescono a rientrare all'interno del gruppo, viene proposto loro di interpretare alcune scenette che rappresentano alcuni episodi di particolare rilievo accaduti nel corso del ciclo di psicoterapia. Gli episodi vengono inscenati a coppie di due bambini; l'attenzione dei piccoli membri del gruppo rimane sempre piuttosto alta e l'interesse è sempre vivo. A tratti Giancarlo fatica a contenere la propria impulsività ed emotività, ma viene facilmente contenuto e rientra subito nel gruppo. Nello specifico, nei blocchi 89 e 90, i bambini stanno mettendo in scena un episodio di violenza con un lieto fine: un bambino vuole dare un pugno ad un suo compagno, ma riesce a controllarsi e per trattenersi chiede alla maestra di poter uscire dalla classe:

G: facciamo che io sono la maestra!
 T2: no, è Serena la maestra. Sandro vieni qua vicino che non vedi bene
 T1: devi dare l'azione!
 S: bene, azione!
 T1: okay adesso sta per tirarti il pugno, di "pietà!"
 T2: dai, dai, non ti sento! dillo dillo
 T1: bravi!
 T2: e poi Luca che ci rimane male, giusto?
 T1: bravi!
 T2: la rifacciamo adesso con la soluzione del comportamento. Aspetta, aspetta, no, no, no tutta, che ti dà fastidio, che lui ti chiede "pietà" e che tu vai... dalla maestra a chiedere aiuto
 G: facciamo che mi chiede scusa...
 T2: aspetta il via. No, non devi darglielo, devi fermarti prima. Rifacciamo, via!
 T1: rifacciamo da capo che è la ultima scenetta!
 S: attenti, azione!
 T1: Giancarlo scappa! A Luca nasce il fuoco... "pietà", Luca si trattiene e corre... dalla maestra
 L: posso andare in bagno?
 T1: sì vai
 T2: bravo!
 G: l'ho sempre trovata io la soluzione!

Anche confrontando i grafici dell'andamento dei Pattern di Emozione – Astrazione, nei quali non è compresa la produzione verbale delle terapeute, si osserva che nel caso in cui viene tralasciato il parlato degli altri bambini non si riscontra alcun Ciclo Terapeutico. Se si considera, invece, la totalità dei pazienti, il programma CM evidenzia un Ciclo Terapeutico. Infine, sia quando viene tralasciata la produzione verbale degli altri bambini, sia quando viene

compresa, si evidenzia in modo netto il ruolo attivo delle terapeute, in quanto, in entrambi i casi, quando si considera anche la produzione verbale delle terapeute, il numero dei Cicli Terapeutici aumenta.

Conclusioni

L'applicazione del Modello del Ciclo Terapeutico e dei suoi Pattern di Emozione – Astrazione ai trascritti delle sedute di una psicoterapia breve di gruppo ad orientamento psicodinamico ha mostrato chiaramente la sua rilevanza clinica. Ha, infatti, dimostrato di essere uno strumento sensibile per la verifica dell'andamento del processo psicoterapeutico, permettendo la localizzazione delle sedute più significative e dei momenti più rilevanti all'interno del trattamento fino ad ora svolto con Giancarlo.

Inoltre il Modello del Ciclo Terapeutico sembra adeguato anche per la descrizione e l'analisi dei processi terapeutici dei gruppi, in quanto è in grado di individuare eventi di rilevanza clinica all'interno del percorso psicoterapeutico. I risultati di questo studio, infatti, concordano con l'assunto che in una terapia di gruppo tutti i partecipanti nel complesso contribuiscano ad un processo di cambiamento. Nel contesto di una psicoterapia di gruppo, l'insieme di tutti i pazienti è qualcosa di più e di diverso dalla somma dei membri del gruppo, affermazione sostenuta dal fatto che nel comportamento linguistico dell'intero gruppo si possono trovare tratti distintivi linguistici che indicano il processo del riflettere emozionale, in misura maggiore che nel comportamento linguistico del singolo paziente.

Questo studio potrebbe comunque rappresentare uno studio pilota in grado di aprire la strada per uno studio più strutturato che approfondisca ed ampli il Modello del Ciclo Terapeutico ad altri trattamenti condotti in età evolutiva.

Bibliografia

Buchheim, A., & Mergenthaler, E. (2000). The relationship among attachment representation, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-based text analysis of the adult attachment interview. *Psychotherapy Research, 10* (4), 390-407.

Carli, L., & Rodini, C. (Eds.) (2008). *Le forme di intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina.

Fava Vizziello, G., & Stern, D. N. (Eds.) (1992). *Dalle cure materne all'interpretazione. Nuove terapie per il bambino e le sue relazioni: i clinici raccontano*. Milano: Raffaello Cortina.

Fava Vizziello, G. (2003). *Psicopatologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.

Fontao, M.I., & Mergenthaler, E. (2003). Il modello del ciclo terapeutico. Una valutazione sul setting delle psicoterapie di gruppo. *Psicoterapia, 27*, 67-81.

Fontao, M.I., & Mergenthaler, E. (2008). Therapeutic factors and language patterns in group therapy application of computer-assisted text analysis to the examination of microprocesses in group-therapy: Preliminary findings. *Psychotherapy Research, 18*(3), 345-354.

Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University Press. Trad. it. (1986) *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Bologna: Il Mulino.

Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry, 143*, 687-695.

Kris, E. (1956). On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis, 37*, 445-455.

Labov, W. (1972). *Sociolinguistic patterns*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

- Labov, W., & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auersback, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting Therapeutic outcome*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S.A., & Black, M. (1995). *Freud and Beyond*. New York: Basic Books. Trad. it. (1996). *L'esperienza della psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-Abstraction Patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1306-1315.
- Mergenthaler, E. (1999). Regole Standardizzate di Trascrizione delle Sedute di Psicoterapia. *Psicoterapia, 14*, 21-29.
- Mergenthaler, E., & Bucci, W. (1999). Linking verbal and non verbal representation: computer analysis of referential activity. *British Journal Medical Psychology, 72* (3), 339-354.
- Sameroff, A.J., Emde, R.N. (1989). Sameroff A.J., Emde, R.N. (a cura di). *Relationships Disturbances in Early Childhood. A Developmental Approach*. New York: Basic Books. Trad. it. (1991). *I disturbi della relazione nella prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Sandhöfer-Sixel, J. (1988). *Modalität und Sprache - Ausdrucksformen subjektiver Bewertung in einem lokalem Substandard des Westmitteldeutschen*. Wiesbaden: Steiner.
- Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschweiler-Stern, N., & Tronick, E.Z. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation (the Boston Change Process Study Group, Report No.1). *International Journal of Psycho-Analysis, 79*, 903-921.
- Tronick, E.Z. (1998), Diadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal, 19*, 290-299.