

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia

C.O.I.R.A.G.

Confederazione di Organizzazioni Italiane per la Ricerca

Analitica sui Gruppi

Sede di Roma

C.A.T.G.

Psicoterapia di gruppo e Istituzione:

L'ottica gruppoanalitica nell'elaborazione di

una prospettiva metodologica nella cura dei

Disturbi del Comportamento Alimentare

Relatore Prof.:

Stefano Polimanti

Specializzanda:

Laura Pellicetti

Anno Accademico

2008

Ai miei genitori

Presentazione

Il presente lavoro è il frutto dell'esperienza maturata nel corso del mio training di specializzazione C.O.I.R.A.G. presso l'Ambulatorio sui Disturbi del Comportamento Alimentare dell'A.S.U.R. di Fermo (AP).

Nello specifico ciò che ho cercato di privilegiare è l'approccio alla psicopatologia anoressico-bulimica secondo l'ottica teorica, metodologica e tecnico-clinica della gruppoanalisi.

Considerando la complessità dell'argomento e la molteplicità dei versanti di osservazione, ho proposto, nella prima parte, una revisione teorica dei D.C.A. attraverso una triplice prospettiva, costituita dalla dimensione clinico-nosografica, psicodinamica e gruppoanalitica.

Nella seconda parte ho preso in considerazione le riflessioni e le criticità relative ad un'ipotesi di cura concretizzatasi attraverso la costituzione di un gruppo di terapia omogeneo per sintomo e per genere.

Durante la descrizione delle vicissitudini del percorso terapeutico dalla fondazione del gruppo ad oggi, ho cercato di valorizzare i movimenti conflittuali della psicopatologia, attraverso l'osservazione dell'interazione tra struttura, processo e contenuto.

In particolare, ciò che si vorrei mettere in risalto, sono le riflessioni, nonché le motivazioni che hanno portato alla modificazione del gruppo da omogeneo a eterogeneo.

Indice

1. Approccio tridimensionale ai Disturbi del Comportamento

Alimentare

Dimensione clinico-nosografica	pag 5
Dimensione psicodinamica	pag 8
Dimensione gruppoanalitica	pag 13

2. Il gruppo di terapia per pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare

L'ambito istituzionale	pag 22
Storia naturale del gruppo	pag 23
– Concepimento del gruppo	
– Il gruppo omogeneo	
– La trasformazione: dal gruppo omogeneo al gruppo eterogeneo	
Conclusioni	pag 45
Bibliografia	pag 47

Approccio tridimensionale ai Disturbi del Comportamento Alimentare

Dimensione clinico-nosografica.

Negli ultimi anni si è andata sempre più delineando la tendenza a considerare le anomalie del comportamento alimentare in una unica categoria nosografica: rifiuto del cibo, vomito ripetutamente autoindotto e tendenza a iperalimentarsi fino ad arrivare alle crisi bulimiche compulsive.

Sono considerati disturbi psichiatrici denominati Disturbi dell'Alimentazione ed Eating Disorder.

Le motivazioni che hanno spinto a considerare in maniera unitaria condizioni apparentemente tanto diverse attribuibile al fatto che uno stesso paziente può presentare nella sua vita un'alternarsi di periodi di magrezza e di obesità. Quindi, pur essendo prevalentemente anoressico, può avere disturbi del comportamento alimentare analoghi a quelli caratteristici dell'obesità. Questo aspetto, tutt'altro che infrequente, darebbe ragione all'approccio unitario ai D.C.A. (Disturbi del Comportamento Alimentare).

Secondo il DSM IV-TR (2000) i Disturbi del Comportamento Alimentare sono definiti come grossolane alterazioni del comportamento, caratterizzate da un'alterata percezione della forma e del peso corporeo che influisce sul livello di autostima del soggetto.

Essi comprendono due categorie specifiche: l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa; inoltre il DSM IV-TR classifica come Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati, quelle costellazioni "parziali" o "atipiche" che non soddisfano i criteri diagnostici dell'Anoressia Nervosa e/o della Bulimia Nervosa, come il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (essenzialmente un quadro di bulimia in assenza di condotte di eliminazione per lo smaltimento dell'eccessivo apporto calorico).

All'interno dei D.C.A. è possibile individuare caratteristiche cliniche e aspetti patogenetici comuni: l'alterazione del ciclo mestruale, del senso della fame e sazietà, il disinteresse per il piacere sessuale, con un funzionamento sessuale

relativamente asintomatico ma senza provare un'autentica esperienza interiore d'amore o di intimità durante le relazioni sessuali.

Un altro aspetto comune è la bassa autostima collegata all'attribuzione negativa che queste pazienti hanno riguardo al concetto di essere grasse e gravi difficoltà nei rapporti interpersonali.

L'anoressia e la bulimia sono essenzialmente le due facce della stessa medaglia, tuttavia mentre la paziente anoressica è caratterizzata da una maggiore forza dell'io e da un maggior controllo da parte del super-io, la paziente bulimica può soffrire di una generalizzata incapacità di posticipare la soddisfazione degli impulsi a causa di un io indebolito e di un super-io meno forte (Mintz, I. L., 2002).

Anoressia Nervosa (AN)

Letteralmente il termine Anoressia Nervosa significa "mancanza di appetito". Tuttavia, sebbene chi ne soffre mantenga ancora il senso della fame, questo viene negato per paura di ingrassare.

La caratteristica peculiare dell' AN è il rifiuto di mantenere un peso corporeo normale rispetto al peso minimo previsto per l'età e la statura (generalmente al di sotto dell'85% di quanto previsto).

La perdita di peso viene primariamente ottenuta tramite la riduzione della quantità totale di cibo assunta, limitata inizialmente all'esclusione di cibi ipercalorici e in seguito a poche categorie di cibi.

In queste pazienti il digiuno volontario è accompagnato dalla sensazione di non soffrire la fame e la denutrizione cronica è responsabile di alterazioni biochimiche che influiscono inevitabilmente sul pensiero, sui sentimenti e sul comportamento (Bruch H., 1977).

Per ottenere una riduzione del peso sono inoltre frequenti le condotte di eliminazione (vomito indotto, clisteri o abuso di lassativi e diuretici) e l'eccessiva attività fisica.

Altro aspetto importante nell'anoressia è il timore di acquistare peso. La fame così diventa una sensazione piacevole e desiderabile e il fatto di saperla sopportare dà loro un senso di fierezza che le spinge ad andare avanti (Bruch

H., 1983). In tutti i pazienti è presente una grave alterazione dell'immagine corporea che può arrivare ad esprimersi come una vera e propria dismorfofobia.

Nonostante le perdite allarmanti di peso e le gravi conseguenze sul piano della salute fisica, è presente un'incapacità di vedersi realisticamente, portando l'anoressica a negare il proprio stato di emaciazione e a considerarlo come una grandissima vittoria (Bruch H., 1983).

Il sentirsi grassi rappresenta una minaccia alla propria autostima e l'entità del dimagrimento diviene la misura della propria capacità di autocontrollo e di valore personale.

All'interno di questo vissuto stereotipato e incentrato sulla paura di ingrassare, l'anoressica dedica poco tempo per gli interessi, gli svaghi, le attività e la partecipazione attiva alla vita sociale: tutto ciò viene rifiutato o si traduce in una iperattività motoria ed intellettuale che aiuta la paziente nel suo intento di dimagrire (Reda G. C., Liotti G., 1993).

Il DSM IV-TR (2001) identifica due sottotipi di anoressia nervosa in base alla presenza o meno di condotte di eliminazione o di abbuffate durante l'episodio attuale.

L'anoressica restrittiva perde peso principalmente attraverso diete e digiuni o svolgendo attività fisica in modo esagerato.

Il sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione utilizza invece per mantenere un peso a livello basso comportamenti compensatori come il vomito, l'uso di lassativi, diuretici ed enteroclistmi.

Bulimia Nervosa (BN)

Il quadro clinico della Bulimia Nervosa, letteralmente "fame da bue", è caratterizzato da ricorrenti abbuffate e da condotte di eliminazione tese ad evitare l'aumento di peso.

L'orgia bulimia, condotta quasi sempre in solitudine, generalmente prosegue finchè il soggetto si sente così pieno da stare male. L'abbuffata infatti viene definita come l'ingestione, in un determinato periodo di tempo, di una

quantità di cibo più grande rispetto a quanto la maggior parte degli individui assumerebbe in circostanze simili.

Il cibo comprende preferibilmente pietanze ipercaloriche come dolci, farinacei, ed altri cibi grassi.

Queste crisi sono accompagnate dalla sensazione di perdere il controllo e di non riuscire a smettere di mangiare; dopo la crisi, quasi sempre, subentrano senso di colpa e autosvalutazione (A.P.A, 2000).

Per neutralizzare gli effetti dell'abbuffata le pazienti mettono in atto diversi comportamenti inappropriati con cui cercano di prevenire l'incremento ponderale. Tra i vari metodi il vomito autoindotto è il più diffuso. La persona si abbuffa per poi vomitare.

Altre condotte possono riguardare l'uso inappropriato di lassativi e diuretici, il digiuno nei giorni successivi, l'abbuffata o l'esercizio fisico eccessivo.

Come le anoressiche, anche le bulimiche regolano la loro autostima in base alla valutazione della forma fisica e del peso corporeo e la polarizzazione dell'attenzione sul cibo, sulle diete e sulle difficoltà relazionali, comportano una grave limitazione delle attività e degli interessi della loro vita.

In base alla presenza/assenza di regolari condotte di eliminazione per compensare la crisi bulimica, il DSM IV-TR (2001) distingue il sottotipo con condotte di eliminazione, in cui sono presenti nell'episodio attuale vomito autoindotta o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi, dal sottotipo in cui queste condotte sono assenti, ma prevalgono altri comportamenti, quali il digiuno e l'attività fisica praticata in maniera eccessiva.

Dimensione psicodinamica

Nel corso degli anni i disturbi alimentari sono stati oggetto di studi e interpretazioni differenti, dandone un notevole contributo alla comprensione psicodinamica.

Tradizionalmente le dinamiche alimentari sono state analizzate secondo il modello pulsionale di impostazione psicoanalitica, secondo il quale

personalità e comportamenti (inclusi quelli alimentari) sarebbero legati all'intensità delle pulsioni e all'adeguatezza delle risposte ambientali (Abraham K., 1916).

Secondo tale modello, sarebbero le pulsioni orali ad organizzare i comportamenti alimentari nel corso dell'infanzia.

M. Klein (1967) sosteneva che gli eventuali conflitti a livello orale possono comportare fissazioni e regressioni che originano da particolari modalità di soddisfacimento pulsionale in cui l'avidità, la richiesta ripetutamente insoddisfatta, il risentimento, l'invidia e la dipendenza avrebbero un ruolo centrale nello sviluppo di una nevrosi, le cui conseguenze per la nutrizione consisterebbero in anormali sensi di fame, inibizioni nel mangiare, rifiuto di mordere, masticare o ingerire cibo.

Secondo Freud, la condizione anoressica sarebbe da ricondurre ad un disturbo isterico sottostante.

In "Un caso di guarigione per ipnosi" (2001) e "Studi sull'isteria" (1989), l'autore riconduce l'anoressia ad un sintomo di conversione, pur mantenendo l'accento sulla rimozione dell'erotismo orale.

Nel 1905, in "Tre saggi sulla teoria sessuale" il disturbo viene visto come una regressione allo stato narcisistico o alla fase orale, riemergenti dalla tensione sessuale e sociale associate alla pubertà.

Karl Abraham (1975) parlerà dello stadio orale-cannibalico, in cui l'attività sessuale è fusa con l'ingestione alimentare avendo entrambe lo stesso oggetto. Più tardi ipotizzerà che l'atto del nutrirsi equivale inconsciamente per queste pazienti all'atto sessuale, da cui la paura di rimanere in cinta come possibile causa della limitazione del cibarsi (Abraham K., 1916).

Successivamente Melanie Klein (1978) apre una nuova prospettiva, interpretando l'anoressia mentale come il risultato dell'incompleto superamento della posizione schizo-paranoide e, conseguentemente, dell'incapacità di sostituire gli oggetti parziali con oggetti reali.

Negli ultimi due decenni la letteratura più autorevole in questo campo si è condensata nelle opere principali di Hilde Bruch e Mara Selvini Palazzoli.

È proprio Hilde Bruch (1977, 1978) ad occuparsi sistematicamente del problema intorno agli anni sessanta.

Le sue ricerche modificano sensibilmente la prospettiva psicoanalitica tradizionale, di derivazione freudiano-abrahamiana, per cui l'ottica pulsionale lascia il posto ad un nuovo orientamento teorico più centrato sui temi del valore dell'immagine del corpo.

La tesi centrale di Bruch è che anoressia e bulimia sono gli effetti patologici di una profonda alterazione della percezione della fame. Tale distorsione percettiva si estende a tutte le dimensioni della vita, implicando in modo fondamentale soprattutto la propria immagine corporea.

Per Bruch un elemento diagnostico fondamentale per l'anoressia (più che i segni somatici isolati dal discorso psichiatrico quali: la grave perdita ponderale, l'aspetto scheletrico, la cute secca, l'amenorrea, il metabolismo basale ridotto) è il misconoscimento del proprio aspetto denutrito, la percezione distorta della propria immagine corporea. Il tratto caratteristico dell'anoressia non è infatti la mancanza di appetito quanto la ricerca della magrezza. Dunque di qualcosa che concerne una modificazione della propria immagine corporea. Questa modificazione risponde a due esigenze fondamentali: quella di rompere l'intreccio simbiotico con la madre e quella di poter governare in modo autarchico la propria esistenza in realtà fragile e priva di consistenza (Recalcati, 2003).

La Bruch quindi ha indicato le origini evolutive dell'anoressia in una relazione disturbata tra l'infante e la madre, all'interno della quale la madre sembra prendersi cura della figlia in funzione dei propri bisogni piuttosto che di quelli della bambina. Se i suoi segnali non ricevono risposte di conferma e di convalida, la bambina non può sviluppare un sano senso di sé sentendosi come un'estensione della madre piuttosto che come un'entità autonoma (G. O. Gabbard, 2002).

L'approccio della Bruch benché sia volto all'interpersonale, soprattutto per le relazioni tra madre e bambino, punta sul passato e sull'interiorizzazione dell'interpersonale come fenomeno intrapsichico.

Dai lavori di Bruch trae ispirazione Mara Selvini Palazzoni che negli anni settanta opera una sorta di rottura epistemologica con il modello psicoanalitico tradizionale per approdare al modello sistemico-relazionale centrato, appunto, non più sul soggetto e i suoi conflitti, ma sul sistema familiare e le sue logiche di funzionamento. In particolare Selvini Palazzoli pone l'attenzione al clima relazionale della famiglia anoressica caratterizzato da un "matriarcato superegoico" (M. Selvini Palazzoli, 1963). La confusione della decifrazione dei bisogni interni è un effetto di un Altro familiare che impone l'interpretazione propria dei bisogni del soggetto, ostacolandone l'autonomia. L'ipotesi è che le pazienti anoressiche non sono state in grado di separarsi psicologicamente dalla madre, col risultato di non aver mai acquisito una stabile percezione del proprio corpo. In questo senso il rifiuto della soddisfazione orale è l'unico modo per il soggetto anoressico di acquisire un proprio potere personale, di non essere fagocitato dall'Altro, percepito, attraverso il corpo, come un oggetto interno ostile ed intrusivo.

Boris (1984) sottolinea come il nucleo dell'anoressia nervosa è costituito da un'intensa avidità. I desideri orali però sono talmente inaccettabili che vengono gestiti proiettivamente. Attraverso l'identificazione proiettiva, la rappresentazione di sé avida ed esigente viene trasferita sui genitori che di fronte al rifiuto della paziente di mangiare, diventano ossessionati dalla preoccupazione che la paziente mangi. In questo modo è l'Altro ad avere desideri in quanto la paziente ha rinunciato al proprio desiderio sentito come illimitato. La paziente invidia le cose buone possedute dalla madre, ma riceverle accrescerebbe l'invidia. Rinunciare ad esse sostiene la fantasia inconscia di rovinare ciò che è invidiato, in maniera simile a come fa la volpe con l'uva nella favola di Esopo (Glen O. Gabbard).

Lacan orienta l'attenzione sul particolare valore che assume nella posizione soggettiva anoressica la distinzione tra la dimensione del bisogno e quella del desiderio.

La tesi di fondo di Lacan, esposta da Recalcati (2003), è che l'anoressia sia un modo per il soggetto di differenziare lo statuto del bisogno da quello del desiderio.

Il rifiuto anoressico rappresenta un no al soddisfacimento del bisogno di mangiare, al fine di mantenere vivo il desiderio di fronte ad un Altro materno che tende invece a negarlo, facendo del bambino l'oggetto reale del suo godimento. Quindi l'anoressica rifiuta il cibo per avere dall'Altro il suo desiderio, per essere veramente desiderata dall'Altro.

Nelle varie vicissitudini teoretiche il modello pulsionale di impostazione psicoanalitica è stato sostituito gradualmente dal modello delle relazioni oggettuali, in cui personalità e comportamenti si strutturano attraverso la relazione dell'io con gli oggetti del proprio ambiente.

Il passaggio dal modello pulsionale a quello relazionale ha dato l'avvio a nuovi orientamenti teorici, in campo clinico ed evolutivo.

La teoria dell'Attaccamento formulata da J. Bowlby e i suoi successivi sviluppi hanno messo in luce il ruolo degli affetti e dei comportamenti di caregiving nell'organizzazione della personalità del bambino e il rischio della possibile trasmissione della patologia dal genitore al figlio.

Il legame di attaccamento madre-figlio è stato considerato un'esperienza fondamentale, soprattutto perché il bambino, partecipando a scambi relazionali ripetuti, si costruisce delle rappresentazioni mentali di se stesso e degli altri.

In tale prospettiva, i Disturbi del Comportamento Alimentare sono visti come il risultato di processi di attaccamento fortemente alterati (Attili, 2001), confermando così l'ipotesi di un'associazione tra diversi tipi di attaccamento e psicopatologia.

Nel corso degli ultimi trent'anni si è sviluppato un modello teorico che si basa su presupposti sistemico-relazionali e che considera i Disturbi del Comportamento Alimentare strettamente connessi alle interazioni con il contesto sociale della famiglia.

Questa nuova prospettiva concettuale sposta il focus dal mondo individuale interno del paziente alla famiglia intera, cambiando così il punto di vista da intrapsichico a relazionale.

Dimensione gruppoanalitica

Prima di prendere in considerazione la comprensione dei Disturbi del Comportamento Alimentare secondo l'ottica gruppoanalitica, si ritiene importante entrare gradualmente nella complessità di tale approccio partendo dal contributo che la gruppoanalisi ha dato alla comprensione dello sviluppo mentale normale e patologico.

Il vertice "relazione" costituisce l'asse portante del pensiero gruppoanalitico sia dal punto di vista dell'oggetto gruppo sia da quello metodologico.

La gruppoanalisi, infatti, non è solo un modello terapeutico, ma una teoria e un sistema di comprensione ed elaborazione della relazione e delle sue vicissitudini dialettiche nella vita dell'uomo, nella sua evoluzione normale e psicopatologica.

Ciò fa della gruppoanalisi una specifica epistemologia ed ermeneutica (J. Ondarza Linares, C. M. Ondarza Linares; 2003).

In psicoanalisi l'uscita dalla monade intrapsichica meccanicistica e pulsionale verso la relazione, fu graduale e piena di vicissitudini teoriche.

La gruppoanalisi inquadra la relazione al di là del personale e dell'interpersonale. Con i concetti di rete, matrice e processi transpersonali, considera simultaneamente la dinamica dell'individuo e quella del gruppo, nel quale questi è inserito.

La dimensione transpersonale è definita come "l'insieme delle relazioni che il soggetto interiorizza e si autorappresenta a partire dalla sua nascita, e che divengono parte costitutiva della totalità del suo mondo interiore" (G. Lo Verso, M. Papa; 1995).

Foulkes nell'elaborazione della teoria reticolare chiama processi transpersonali quelli che, longitudinalmente, con una complessa interazione, penetrano gli individui di generazione in generazione, componendo un sistema transazionale e interrelazionale molto intimo e intrecciato, per andare ad impiantarsi filogeneticamente nella radice stessa della gruppaltà.

Allo stesso tempo gli individui sono dei punti nodali di tale rete. Secondo una prospettiva concentrica orizzontale, l'individuo si trova iscritto in una rete

psicosociale gerarchicamente predisposta che parte dalla famiglia primaria, estendendosi successivamente in sistemi più ampi, fino alla famiglia attuale, al gruppo di lavoro e al contesto personale, fino a giungere alla struttura sociale di un dato momento.

Strettamente collegato al concetto di rete vi è quello di matrice. Tale costrutto rappresenta il contenuto della comunicazione transpersonale e tende a polarizzarsi in due opposti: da una parte la matrice fondamentale rappresenta il presupposto della comunicazione all'interno di un determinato gruppo biologico ed etno-antropologico di appartenenza e, dall'altra, la matrice dinamica rappresentante la relazione proiettata verso l'Altro sottoforma di nuova comunicazione.

La bipolarità della matrice nei termini di appartenenza e comunicazione, può assumere diverse configurazioni (matrice personale, matrice familiare, matrice sociale) e rappresenta, nella sua interrelazione con la rete, il contesto globale della mente e della vita psichica.

Nei suoi scritti Foulkes parla di matrice personale che riguarda l'individuo a partire dalla sua esperienza costitutiva di componente di un gruppo, quello familiare originario, di cui ha incorporato l'intero insieme di rapporti (F. Di Maria, G. Lo Verso; 1995).

La teoria dello sviluppo mentale secondo la gruppoanalisi, quindi, privilegia l'assunto secondo il quale la personalità si costruisce strutturandosi in relazione al campo mentale familiare.

A tale proposito Foulkes (1967) afferma: "Considero il paziente che mi sta di fronte come l'anello di una lunga catena, un punto nodale in una rete di interazione, la quale è la vera sede che portano tanto alla malattia che alla guarigione" e ancora "Il paziente spesso rappresenta un mero sintomo di un problema multipersonale, la rete di circostanze e persone costituisce il vivo campo operativo per una terapia effettiva e radicale".

Autori come G. Nucara, R. Menarini, C. Pontalti (1995) prendendo in considerazione le riflessioni di Foulkes per approfondire la dimensione collettiva transgenerazionale fondante la personalità normale e patologica, hanno elaborato un modello di clinica gruppoanalitica orientata allo studio

delle dinamiche familiari che vanno a strutturare la personalità dell'individuo a partire dal campo mentale familiare.

A tale proposito D. Napolitani (1982) ipotizza la costituzione di una gruppalità interna come modalità di strutturazione della dimensione transpersonale dell'individuo attraverso l'introyezione di una rete di modalità relazionali, ossia la rappresentazione dei rapporti di ognuno con l'altro e con l'ambiente, le significazioni e i codici legati a tali rapporti. Questi diventano dei copioni interiorizzati che l'individuo ripropone inconsapevolmente nella relazione.

Napolitani afferma "Il rapporto tra il bambino e il suo mondo è un'organizzazione. La mente è, sin dagli inizi, una mente collettiva. Non esiste soltanto il bambino con la madre, non soltanto la madre, ma la madre con i suoi genitori, con il suo coniuge, con gli altri figli, con il suo lavoro, la madre con il suo mondo. È con la folla che il bambino entra in contatto" (D. Napolitani, 2005).

Dunque la gruppoanalisi non vede la malattia in funzione dell'individuo e afferma che qualsiasi disturbo considera l'interazione sociale e può essere dinamicamente costruito e strutturato per le interazioni che hanno la loro radice nell'incontro della conflittualità tra sé individuale e sé gruppale.

Tale conflittualità trae la sua origine dal bisogno primario dell'individuo di entrare in relazione e di comunicare ed è attraverso tale impulso e desiderio che si origina la mente e l'identità.

Prospettare la rete come mente significa che i processi mentali sono fondati nel bipolare rapporto Individuo-Gruppo. Tale bipolarità da una parte affonda nel versante somatico dell'individuo e della specie e si proietta nell'altro polo, sullo spettro culturale.

Nel prendere in considerazione i Disturbi del Comportamento Alimentare è possibile affermare che la psicopatologia anoressica-bulimica rappresenta l'espressione di un disturbo non propriamente alimentare, ma relativo all'identità, ossia ad un nucleo fragile del sé.

Stefania Marinelli (1996, 2004....) citando autori quali Jeammet P. (1994), Ferrari A. B. (1994), Anzieu D. (1976), mette in evidenza come il sintomo esprima la comunicazione di alcune condizioni evolutive.

La più evidente è rappresentata dal segnale di fallimento dei processi di integrazione di parti della personalità in sviluppo, nel processo di costruzione e individuazione dell'identità risalente al periodo di definizione dell'identità sessuale e di acquisizione del corpo sessuato propri dell'adolescenza.

Un'altra condizione evolutiva che sembra compromessa è l'ipotesi secondo la quale la mente infantile non è stata in grado di evolvere, di trasformare, di sublimare, perciò il sintomo alimentare è da ritenere espressivo di paure che contengono qualità alimentari. L'essere smembrati, divorati, mangiati, evacuati, sono l'espressione di fantasie, pensieri primitivi, terrori impensabili che hanno trovato nel corpo e nel sintomo alimentare una comunicazione possibile.

Il pensiero, la comunicazione, la relazione sono quindi inibiti e, in molte situazioni, inaccessibili, per cui, il sintomo anoressico-bulimico ed il paziente che lo impersonifica, rappresenta un nodo di una rete familiare patologica, al cui interno si ritrova un difetto di comunicazione che si esprime, ad esempio, scambiando il sintomo con un problema di tipo dietologico e gastro-enterologico o un difetto nella "volontà", ma che nasconde problematiche più profonde insite nella matrice familiare.

S. B. Benuzzi e C. Farinazzo (1996) affermano che la comprensione delle problematiche familiari implica vari livelli e punti di osservazione. È stata sottolineata, per quanto riguarda la patogenesi, l'importanza di carenze nella relazione precoce madre-bambino, ma anche padre-madre-bambino, che possono dare luogo a gravi disturbi, talora silenti nel periodo di latenza, ma che emergono durante la crisi adolescenziale, esprimendosi attraverso la non accettazione della crescita. Gli autori citano Brusset (1977) a proposito del riscontro nella prima infanzia di alcuni tratti tipici, come la precocità dell'autonomia funzionale, scarsi conflitti e apparente scarsa aggressività, strutturazione di un "falso sé". Alcuni autori, sempre a proposito dell'infanzia

delle pazienti bulimiche, rilevano la frequenza di esperienze abbandoniche e problemi di separazione-individuazione.

Sono stati fatti anche tentativi di descrivere caratteristiche specifiche dei genitori o modalità relazionali tipiche. Ad esempio, molti autori parlano di madri “forti”, dominanti, e padri deboli nelle famiglie delle anoressiche. B. Gatti (1989) sottolinea il rapporto sadomasochistico che l’anoressica stabilisce solitamente con la madre caratterizzato da richiesta-offerta-rifiuto di cibo. Tuttavia sarebbero ingiustificate le accuse aprioristiche di patogenicità rivolte indiscriminatamente alle madri delle anoressiche in quanto, come osserva Giaconia (1989), le figure dei genitori sono interpretate secondo i fantasmi che l’anoressica proietta nel loro interno costringendoli ad agire in relazione ad essi.

Le famiglie delle bulimiche sarebbero invece più eterogenee, più caotiche, mancanti di controllo, con conflitti e ostilità più intensi. Viene rilevata inoltre, in queste pazienti la “dipendenza ostile” nell’ambito di un sistema familiare caratterizzato da incuria e disinteresse, simile a quello delle famiglie dei tossicomani (Vindreau, 1991); si accenna anche alla presenza di un clima incestuoso (Jammot, 1991). Selvini (1996) non ritiene invece opportuno distinguere tra famiglie di pazienti anoressiche e di bulimiche, data anche la frequente associazione di questi disturbi; secondo questo autore non esisterebbe un sistema familiare specifico, ma vari sottotipi, correlati alle caratteristiche psicopatologiche prevalenti nei pazienti (posizione depressiva, narcisistica con tratti artistici, intermedia e borderline).

Secondo vari autori vi sarebbe un’augmentata frequenza dei disturbi psichiatrici nelle famiglie bulimiche; sia in queste che nelle famiglie di pazienti anoressiche si segnala da più fonti la presenza di forti problematiche orali.

Nel campo familiare quindi, la patologia anoressica-bulimica rappresenta l’espressione eziologica di aspetti relazionali patologici che attraverso il corpo del soggetto trovano uno strumento inconsapevole di comunicazione. Purtroppo, come evidenzia la Marinelli, un figlio anoressico o bulimico, difficilmente viene aiutato dalla famiglia, perché ne esprime un difetto, o

quella porzione di difetto, che riguarda un'area inelaborata o inelaborabile della sua vita psichica e della sua capacità simbolica, in seguito alla trasmissione transgenerazionale di condensati di pensiero non simbolizzabili, dei "buchi di significato" (G. Nucara, R. Menarini, C. Pontalti; 1995), dei "non detti" (A. A. Schutzenberger, 1993) non elaborati, localizzati nella rete familiare o degli elementi "non nati", (Marinelli S., 2004) rimasti inclusi nella cerchia delle esperienze prenatali.

Un'organizzazione familiare che preclude la possibilità di elaborare tali contenuti all'interno dello spazio intrapsichico dell'individuo, si costituisce come "matrice familiare satura" come conseguenza del fallimento della matrice familiare nella sua funzione di spazio transizionale. Ciò determina una predominanza fantasmatica che rende indefiniti i confini tra mondo interno e pensiero familiare (G. Nucara, R. Menarini, C. Pontalti; 1995)

Alla luce di queste riflessioni, è possibile considerare il "paradigma dell'anoressia" come una patologia della relazione in cui il corpo, esprimendo un "disturbo legato ad un'alterazione dello spazio psichico relazionale" (Bruno W., 2001), è alla ricerca di un nutrimento che non è stato reso pensabile.

La gruppoanalisi dunque, nel considerare tale patologia pone l'accento sulla prospettiva elaborata da Ondarza J. L. del vincolo dinamico esistente tra mente-corpo-relazione.

Il conflitto mente-corpo, come sostiene Ondarza (1989), sembra contenere il seme dell'antitetica e conflittuale relazione tra individuo e gruppo.

Le vicissitudini relazionali di tale dicotomia rimandano ad un modello di funzionamento disunitario mente-corpo, da ricercare nella massa biologica indistinta da cui si è originato il rapporto madre-bambino.

La qualità di questa disfunzione affonda nel polo somatico del conflitto e coinvolge anche l'altro polo, nella capacità di entrare in relazione con l'Altro.

Ondarza (1989) afferma che la psicoterapia gruppoanalitica focalizza tale conflitto in modo da farlo diventare lo strumento promotore di un processo terapeutico in quanto privilegia le vicissitudini tra l'individuale ed il sociale, tra lo psichico ed il somatico, tra corpo e gruppo.

Di particolare interesse sono gli studi inizialmente psicoanalitici sulla relazione tra gruppaltà e soma.

Bion (2003) descriveva il gruppo come un organismo unitario, rappresentandolo come corpo dotato di pelle delimitante e contenente, con propri organi e dotato di una mente metabolica e pensante.

Secondo l'autore nella situazione di gruppo insorgono delle funzioni mentali primordiali, dette protomentali, in quanto vissute in una relazione in cui coesistono a livello fusionale il mentale e il corporeo, l'interno e l'esterno, il sé e il non sé, il proprio e l'altrui.

La corrente della Psicologia del Sé di Kohut, mette in evidenza che il processo di formazione gruppale viene attivato da motivi narcisistici, e dà rilievo gli aspetti relazionali con particolare attenzione ai concetti di oggetto-Sé e di empatia.

René Kaes, nell'ambito della scuola francese di psicoanalisi di gruppo, si avvicina all'idea di "gruppo come tutto", privilegiando le categorie del "molteplice", inteso come un soggetto collettivo al cui interno "molti" sono in relazione tra di loro. L'autore mette in evidenza che il "discorso del gruppo" presuppone l'esistenza di rappresentazioni condivise dai membri ed elabora un modello di "apparato psichico gruppale", cioè un dispositivo di legame e di trasformazione degli elementi psichici. L'apparato psichico gruppale è irriducibile all'apparato psichico individuale e funziona attraverso l'apporto dei soggetti. (Neri C., 1999).

Foulkes ripropone le ipotesi precedenti ed elabora il concetto di matrice fondamentale, indifferenziata e fusionale che viene attivata dalla presenza corporea del gruppo, richiamando la primitiva fusione, in cui l'individuo non esiste per sé ma integrato ad un corpo materno. Così la gruppaltà si rappresenta come un "corpo" o come una "mente" comune. (Ondarza J. L., 1989).

All'interno del processo gruppoanalitico, mente e corpo, incontrandosi, interagiscono e comunicano a diversi livelli: "dal livello primordiale rappresentato dalle immagini archetipiche e collettive della psiche (.), al livello "somatico" in cui il corpo come totalità è vissuto come immagine o

rappresentazione corporea totale o parziale; al livello proiettivo dove oggetti interni, oggetti del self si interscambiano (favoriti dalle reazioni speculari) con rappresentazioni e fantasmi, proiezioni, introiezioni, identificazioni proiettive; a livello delle ripetizioni transferali in cui mente e corpo mettono in scena rituali e ruoli, fino al livello del gruppo vissuto come rappresentazione più o meno reale della società e cultura” (Ondarza J. L. 1989).

Condizione indispensabile è che mediante il sintomo sia possibile entrare in quell’“area transizionale o area di gioco” dove la relazione, grazie alla comunicazione “attraverso” il gruppo, possa fare da stimolo ad un nuovo apparato di pensiero d’appoggio per riattivare le funzioni compromesse.

Nel caso della patologia anoressico-bulimica, come hanno osservato diversi autori (L. Baglioni, S. Marinelli, F. Comelli, J. L. Ondarza) ciò che sembra compromesso è la capacità di esprimersi emotivamente (alessitimia), in seguito ad un impoverimento della produzione fantasmatica e della funzione simbolica.

Ondarza ipotizza che l’alessitimia può costituire un esempio di interazione eziopatogenetica tra mente e corpo e, nel valutare i problemi che tali patologie pongono nel trattamento, cita alcuni autori come Sifneos (1972), che considera questi pazienti come dei poveri candidati per una psicoterapia del profondo e, addirittura la controindicano, e altri come Brown (1985) che ritengono necessario prima provare le loro possibilità terapeutiche in una gruppoanalisi che considerano il setting più adeguato.

Nel prendere in considerazione il trattamento dei disturbi alimentari nel setting di gruppo, sembra che in Italia sia emerso il fenomeno della costituzione di associazioni fondate intorno al tema della cura e prevenzione di tali patologie e, sin dai primi lavori scientifici, appare evidente come trattamento elettivo l’utilizzo del gruppo omogeneo o monosintomatico.

Diversi autori (Recalcati M., Marinelli S., Galimberti F., Ustica G. R., Berlincioni V., Iliescu M., Putrella F., Pomelli F., Novelli C., Corbella S., Lo Verso G., Di Maria F., Girelli R., Baglioni L., Longo M., Vasta F. N., Caputo O.), provenienti da vari ambiti disciplinari connessi alla ricerca nel campo dei gruppi omogenei hanno contribuito a delineare un quadro che prevede

l'applicazione del dispositivo gruppale ai Disturbi del Comportamento Alimentare in diversi modi: dal trattamento nel piccolo gruppo a finalità analitica al trattamento mediante Photolangage.

A questo punto della trattazione si intende procedere domandandosi se il lavoro con un gruppo monosintomatico di tipo anoressico-bulimico, proponga specificità e peculiarità del tutto differenti da quelle legate al lavoro con un gruppo eterosintomatico classico, tenuto conto che molti di questi gruppi si centrano e si formano intorno ad una sintomatologia in cui la dimensione somatica appare costituire una parte importante per i disagi del soggetto che confluisce nel gruppo.

Il gruppo di terapia per pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare

L'ambito istituzionale

La psicoterapia di gruppo all'interno di una rete istituzionale può rappresentare un luogo di cura elettivo. La bontà, l'efficacia, e i vantaggi che offre negli ambulatori istituzionali è ormai indiscussa. Bastano a corroborarlo una profusa letteratura nel campo internazionale così come numerose esperienze italiane (Ondarza J. L., Ranzato F. P.; 1971).

Un notevole consenso clinico ed evidenze della ricerca ha permesso di concludere che il trattamento del gruppo, oltre ad offrire una risposta di maggiore economicità, è efficace quanto la terapia individuale e, nello specifico, soggetti con disturbi del comportamento alimentare sembrano risentire meglio della psicoterapia in setting gruppale (Ondarza J. L., 1999).

Il gruppo in questione, è stato istituito nell'aprile dell'anno 2006 presso l'Ambulatorio sui Disturbi del Comportamento Alimentare del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASUR di Fermo e si avvale al suo interno di un'equipe multidisciplinare costituita da psichiatri, psicologi, nutrizionista, endocrinologa.

La scelta di progettare un setting terapeutico comporta l'attivazione di dinamiche istituzionali che possono incidere sul processo di cura.

Mentre da una parte l'istituzione funge da contenitore, o cornice del processo di relazione terapeutica, dall'altra può essere il vettore di "fattori antiterapeutici" (Ondarza J. L., 1985). Il processo di cura, non è impermeabile alla vita istituzionale, la quale non gode mai di spazi di pensabilità a trecentosessantagradi, ma è sempre esso stesso caratterizzato da aree di agito istituzionale, da elementi non sufficientemente elaborati, da errori non sempre riconoscibili, e comunque, solo a posteriori (Profita, Ruvolo; 1997). La possibilità di favorire o meno la relazione terapeutica dipenderà dalla capacità

di vivere o meno i conflitti che la cura genera all'interno della rete istituzionale.

Tali riflessioni esprimono la necessità di inserire il gruppo di terapia all'interno di una rete terapeutica più ampia, in cui l'equipe, inserita e ben coordinata nella struttura, diventi parte integrante di una rete terapeutica istituzionale in cui comunicare, confrontarsi e riflettere.

L'equipe multidisciplinare, che si riunisce settimanalmente, ha avuto, in seguito alla formazione del gruppo, una riorganizzazione dei compiti degli operatori che prevedevano la somministrazione della terapia farmacologica da parte di un altro psichiatra, la necessità di abbinare alle sedute di gruppo incontri individuali nei momenti di crisi delle pazienti, il sostegno della rete familiare delle pazienti, e la costituzione di un gruppo motivazionale per i nuovi ingressi.

Storia naturale del gruppo

Per storia naturale del gruppo Ondarza (1971) fa riferimento al modo in cui si sviluppa e svolge un gruppo, passando attraverso certe fasi o stadi, configurando nell'insieme una certa traiettoria sotto la spinta dei cosiddetti fattori di gruppo e nella quale emerge la tipica fenomenologia di gruppo.

In questo contesto, ciò che si vorrebbe sottolineare, sono i cambiamenti e le vicissitudini del processo terapeutico nel corso dei tre anni (dall'aprile del 2006 a oggi) e le motivazioni, nonché le riflessioni che hanno portato alla modificazione della struttura del gruppo da omogeneo ad eterogeneo, cercando di valorizzare i movimenti conflittuali della psicopatologia, attraverso l'osservazione dell'interazione tra struttura, processo e contenuto, secondo la visione gruppoanalitica.

Concepimento del gruppo

Il gruppo in questione è condotto dalla psichiatra responsabile dell'ambulatorio, con formazione cognitivo-comportamentale e da me,

tirocinante presso la struttura dal 2005, (anno di inizio della mia formazione gruppoanalitica nell'istituzione C.O.I.R.A.G.) e si avvale della supervisione da parte di uno psichiatra gruppoanalista, membro del direttivo C.A.T.G. e associato C.O.I.R.A.G. nonché professionista all'interno della stessa istituzione.

Il concepimento del gruppo è avvenuto all'interno dello spazio di supervisione che ha favorito l'emergere dei contenuti mentali riguardanti la sua nascita, con le relative fantasie, desideri, curiosità, paure condivise dalle conduttrici.

Sin dalle prime battute si è configurata la domanda: perché un gruppo omogeneo? La risposta più semplice è che in un ambulatorio specialistico che si occupa di Disturbi del Comportamento Alimentare, i pazienti si trovano già "raggruppati" grazie ad un' "etichetta" clinico-nosografica, per cui il gruppo D.C.A. è il "pacchetto di cura" elettivo che l'istituzione offre a tale patologia. Ma che cosa può dare di diverso l'esperienza in un gruppo omogeneo per sintomo, rispetto a quella in un gruppo misto? L'esperienza per me era completamente nuova, dato che provenivo, come paziente, da una cultura piuttosto consolidata di tipo gruppoanalitico e avevo scelto, come futura psicoterapeuta, un training in formazione gruppoanalitica.

Anthony E. J. (1998) considerava il gruppo eterogeneo come "una "confezione mista" di diagnosi e disturbi che vengono messi insieme per effettuare una miscela ben bilanciata e terapeuticamente efficace" e valutava il gruppo omogeneo come "forse il tipo di gruppo più promettente dal punto di vista della ricerca (...) Alcuni gravi disturbi di personalità, per esempio l'omosessualità, la dipendenza, la delinquenza, possono addirittura avere più speranza di successo in questo tipo di gruppo che in ogni altra situazione terapeutica, eccettuata una psicoanalisi intensiva e molto lunga".

Partendo da queste premesse, si è lasciata aperta la questione, cercando di intraprendere la nuova esperienza con "mente aperta" e senza preconcetti.

Iniziando dall'inquadramento clinico-dinamico e al riferimento teorico ad orientamento gruppoanalitico si è ricercata una formula metodologica e

tecnica in cui conciliare e coordinare strumenti cognitivi e strumenti psicodinamici.

Il lavoro di selezione di ciascun paziente è stato effettuato tra le ragazze afferenti al servizio, secondo l'ottica teorico-clinica elaborata da Foulkes, con colloqui orientati all'esplorazione: della storia familiare della paziente, della famiglia nelle generazioni precedenti e delle sue relazioni con il mondo familiare transgenerazionale (plexus secondo Foulkes); l'organizzazione sintomatologia come diagnosticabile secondo il DSM IV, soprattutto in riferimento agli assi I e II (G. Nucara, R. Menarini, C. Pontalti; 1995).

La diagnosi in asse II è stata effettuata attraverso la somministrazione della SCID II (Structured Clinical Interview for DSM ID, versione 2.0) ed ha evidenziato nelle pazienti selezionate disturbi di personalità con tratti prevalenti di tipo ossessivo, borderline, evitante e oppositorio.

Il gruppo era omogeneo per sintomo e per genere ed è semi-aperto.

La struttura era costituita inizialmente costituita da 7 ragazze, con diagnosi D.C.A, di cui 4 bulimiche e 3 anoressiche, di età compresa tra i 16 e i 30 anni. Nel corso di tre anni si sono verificati 5 nuovi ingressi e, nel primo anno, 4 drop-out.

Il gruppo si riunisce settimanalmente il giovedì alle 12 e 45 e dura 90 minuti.

La coppia terapeutica si avvale della supervisione ogni due settimane.

Il gruppo omogeneo

La psicoterapia di gruppo è iniziata nel mese di aprile del 2006.

Il gruppo appena costituito, si presenta come una struttura omogenea in cui si svolgono le dinamiche conflittuali delle pazienti come punto nodale di una rete a cui esso appartiene e che porta con sé come storia di relazioni duali, familiari e sociali nel percorso filogenetica e ontogenetica. Ciascuna paziente è entrata nel gruppo con la propria rete interna e con dei sintomi comuni da condividere.

Inizialmente il sintomo è considerato come il "biglietto da visita" di ciascun membro, ossia una fonte di identità provvisoria e allo stesso tempo la chiave di accesso alla terapia.

Il dispositivo grupppale ha messo in moto, sin dalle prime battute, una modalità di comunicazione espressa dalle resistenze delle singole pazienti e del gruppo nel suo insieme, attraverso configurazioni di assunti di base, inizialmente, di attacco e fuga.

A tale proposito Comelli F. (2004) afferma che il gruppo omogeneo sarebbe costituito da persone già in assunto di base attacco e fuga, sin dal momento in cui queste persone iniziano il gruppo. Il ritrovarsi secondo un'omogeneità, da parte delle pazienti, non corrisponderebbe, secondo l'autore, solamente alla condizione di rispecchiamento, ma ricondurrebbe invece ad un naturale radunarsi di persone che sono già identificate inconsciamente, sulla base di un'emozione collettiva di base di opposizione ad un gruppo: quello familiare.

Tale forma di comunicazione, non potendosi esprimere verbalmente, si manifesta mediante il sintomo ed il soma. La dimensione somatica, soprattutto in questa fase della terapia coinvolgeva anche noi conduttrici attraverso sensazioni quali nausea, tensione alla testa o contrazioni allo stomaco tanto che, come sostiene Comelli, su un piano fantasmatico, il gruppo tendeva ad estendere alle terapeute il fatto di essere anche loro un corpo e di non usare pertanto una mente.

Così, nella prima seduta, il gruppo ha rappresentato la propria ambivalenza e diffidenza verso una gruppalità ancora fragile attraverso vissuti di ansia, irrequietezza, paura e fuga che sono stati drammatizzati da Anna, che ha somatizzato e manifestato il sintomo uscendo in lacrime dalla stanza di terapia, esprimendo la componente affettiva del gruppo.

Allo stesso tempo, l'altro polo del conflitto è stato espresso da Rita che ha comunicato la fantasia di "togliere le sedie, mettersi sedute vicine e tenersi tutte per mano", localizzando il desiderio fusionale del gruppo che nella fase iniziale pone le basi per un contenimento che va ad agire sulla sua coesione.

Si potrebbe dire che, il doppio movimento del gruppo ha espresso attraverso le comunicazioni di Anna e Rita, il tentativo di passaggio da una posizione di lotta-opposizione verso la propria rete familiare patologica ad una posizione di dipendenza più tollerabile, attraverso un'omogeneità di tipo fusionale.

Il sintomo, dunque, se da una parte rappresenta una proto-identità che non ha avuto interlocutori capaci di fornire uno sviluppo ad essa, dall'altra rappresenta la riattualizzazione transferale della propria matrice familiare e delle radici transpersonali dei propri sintomi.

A tale proposito la comunicazione di Manuela "...mia madre mi dice che da quando vengo in gruppo sono peggiorata.." ha configurato nel processo grupppale la propria rete familiare, localizzando il conflitto tra rete terapeutica e rete familiare, "come se una gruppalità esterna al setting, fosse sempre in agguato, talvolta agendo praticamente contro lo sviluppo del processo terapeutico stesso in modo tale che terapeuta e membri del gruppo si sentono a momenti impotenti" (Ondarza J. L., 1985).

Il sintomo quindi comincia ad aprirsi consentendo la fuoriuscita del transpersonale disturbato (G. Nucara, R. Menarini, C. Pontalti; 1995).

In particolare Fiorella comunicando "che ci sto a fare qui? Nessuno mi può dare e io non posso dare" ha proiettato nel gruppo il proprio conflitto reticolare riattualizzando la propria matrice familiare: Fiorella è figlia unica con genitori separati ed esprime vissuti di estraneità e di esclusione dal rapporto con il "fratellastro", nato dalla famiglia ricostituita del padre.

Il ruolo del terapeuta è quello di impedire che le omogeneità familiari "sature" trovino nell'omogeneità del gruppo una continuità e il suo compito è quello di andare a stimolare, grazie alla risonanza e alle reazioni speculari, una nuova comunicazione. Nel caso di Fiorella, il contenuto emerso gradualmente come significato dell'interazione tra struttura e processo, ha permesso alla paziente e al gruppo nel suo insieme di sperimentare speranza ed appartenenza, alla scoperta di una nuova gruppalità, espressa dalla bipolarità della matrice in termini di appartenenza e comunicazione.

Il gruppo dunque deve configurarsi come spazio mentale "insaturo", uno spazio intermedio in cui il cibo, nella polarità individuale di ciascuna paziente, possa lasciare il posto ad un'appartenenza al gruppo considerato come nutrimento relazionale.

Il lavoro iniziale si è orientato ad indagare la struttura del gruppo, attraverso l'esplorazione dei vissuti relativi alle regole, le aspettative e i bisogni, al fine

di creare una cornice sufficientemente contenitiva volta alla promozione di una gruppaltà di fiducia e di sostegno. (Iacopini P., Polimanti S., Pellicetti L., Martini A., 2006).

L'appartenenza al gruppo viene così alimentata attraverso la messa in comune di vissuti personali che vengono in questo modo resi pubblici e valorizzati dall'ascolto degli altri che ne diventano partecipi testimoni (Corbella S., 1999).

Nel gruppo omogeneo, quindi, la coesione inizialmente offerta dalla comune attenzione a sintomi e comportamenti condivisi, genera coerenza affettiva. Come sostiene Baglioni L. (2005), il gruppo consente ai suoi membri di fare il primo indispensabile passo fuori dall'isolamento e rimanda all'individuo un riflesso fedele, ma in qualche modo migliorato di sé in quanto l'elemento riflesso è una qualità di tipo affettivo-relazionale. È come se il rapporto individuale con il gruppo rispecchiasse quello del bambino con la madre, che esprime il suo orgoglio e il suo amore.

Rita, una paziente bulimica, lamenta da diverse sedute la difficoltà di esprimersi. Si sente bloccata dalla paura del giudizio e fa fatica a sentirsi parte del gruppo. Tutto sarebbe diverso se fosse meno "ingombrante". Si sente come un "elefante" in un gruppo di "pulcini". Di fronte al vissuto di Rita, il gruppo le rimanda l'immagine di una ragazza dolce e tenera, in realtà un pulcino molto fragile che si sente carico di responsabilità.

Rita ha rappresentato, nel qui ed ora del gruppo, il portavoce del corpo grupppale familiare, costituito da una madre "magra" ma "ingombrante" con la quale non riesce a comunicare e verso la quale prova una profonda invidia ed un padre ossessivo e controllante che le ha trasmesso un forte senso del dovere. Dopo le scuole superiori il padre le ha trovato subito un lavoro in quanto Rita deve contribuire al bilancio familiare "saturando" in lei la possibilità di esprimere il desiderio di andare all'università per studiare lingue.

La metafora somatica dell'elefante e del pulcino ha costituito il canale di comunicazione che, attraverso il doppio rimando tra corpo e gruppo, ha messo in moto il "romanzo familiare" raccontato dal singolo, per essere letto dentro

al romanzo familiare gruppale, che fornisce uno spazio in cui la sofferenza, localizzata nel corpo, diventa “testimonianza di un desiderio di essere che non rinuncia” (Tagliagambe F.,1998).

Il gruppo ha offerto alla paziente un’esperienza di autoriconoscimento e di regolazione affettiva che ha gettato le basi di un processo di esplorazione di sé, aiutandola a superare l’angoscia del rifiuto.

La struttura del gruppo così si offre non solo come un “contenitore”, ma allo stesso tempo come uno “spazio speculare” che richiama l’occhio della madre, che sostiene non solo lo sguardo di complicità più o meno consapevole del bambino, ma prima di tutto struttura l’immagine, il suo schema corporeo (Ondarza J. L., 1995).

Nella fase iniziale numerose assenze hanno evocato vissuti di rabbia e paura di disgregazione del gruppo che esprime la difficoltà a raggiungere un livello minimo di esistenza, manifestando al suo interno blocchi che rendevano vano il lavoro di elaborazione.

Parallelamente anche il gruppo di equipe viveva momenti simili, che si manifestavano nella difficoltà degli operatori ad incontrarsi in uno spazio comune di comunicazione e riflessione in quanto indaffarati nei reciproci impegni professionali.

Tali tematiche hanno risuonato nello spazio di supervisione creando nelle conduttrici impotenza e confusione, paura e sconforto e, di fronte al blocco digestivo del gruppo, si è cercato di assumere una funzione ausiliaria di pensiero, di contenitore di aspetti affettivo-emotivi e cognitivi che potessero essere elaborati e digeriti, lasciando emergere la domanda: che significato può avere il passaggio della comunicazione dal piano del corpo che agisce (dentro e fuori dal gruppo), al piano della mente che non riesce a pensare e a tollerare la paura di perdere il controllo?

Tale interrogativo ha posto il dilemma di poter comunicare tra questi due piani, nel tentativo di restituire nello spazio-tempo del gruppo un luogo alle emozioni violente, dare loro una forma pensabile e vivibile, ricondurle dunque nel campo della relazione, nel mondo dei simboli e del pensiero. Allo

stesso tempo ha stimolato riflessioni su alcune specificità e peculiarità legate al lavoro con un gruppo anoressico-bulimico.

Come sostiene Lilia Baglioni (2004), nei casi più gravi (come nei D.C.A) sembra preferibile un setting omogeneo in cui il sé gruppale si sviluppi con velocità e sia da subito capace di dispiegare almeno in modo embrionale tutti i suoi fattori terapeutici. L'autrice, pur riconoscendo che nel campo dei gruppi terapeutici qualsiasi gruppo analitico ben condotto genera una funzione di regolazione e trasformazione delle emozioni, ipotizza che persone che dispongono al momento scarse capacità di legame e hanno allo stesso tempo un bisogno immenso di partecipazione e appartenenza, rischiano di partecipare, in un gruppo terapeutico non omogeneo, soltanto ai livelli più primitivi della vita del gruppo.

Queste riflessioni forniscono uno spunto per spostare l'attenzione sul doppio ruolo che la co-conduzione andava assumendo in questa fase della terapia.

Da una parte la conduttrice in-bocca(va) le pazienti con "stimoli cognitivi" al fine di facilitare un'alfabetizzazione emotiva volta a ristabilire connessioni tra affetti e pensiero, dall'altra, la co-conduttrice manteneva l'attenzione sulle configurazioni che emergevano nel gruppo, svelandone talora le resistenze.

In altri termini si è ricercata una formula in cui incrementare all'interno di una relazione terapeutica calda e collaborativa un aumento della capacità metacognitiva, la cui costruzione, come sostiene La Rosa C. (2001), nei pazienti con D.C.A. diventa prioritaria.

Dal mio vertice di osservazione, nel qui ed ora, nasceva in me l'immagine di una madre-terapeuta che offre il seno o il biberon al bambino-gruppo.

Talora sentivo la conduzione piuttosto attiva al pari di una madre bisognosa di dare cibo ininterrottamente. In altri momenti si cercava di dosare il ritmo delle comunicazioni lasciando al bambino-gruppo quelle pause che pongono le basi per il processo di digestione-elaborazione, alla ricerca di quello che Cortesao (1997) chiama: costruzione dell' "equilibrio estetico" nella matrice gruppoanalitica.

La trasformazione: dal gruppo omogeneo al gruppo eterogeneo

La matrice fondamentale che collega tutti i membri fin dalla prima seduta del gruppo è quasi un contenitore corporeo che raccoglie il primitivo sé gruppale, riattivando uno psicosoma gruppale più o meno primordiale.

Qui viene promosso uno spazio intermedio di trasformazione, un'aria transizionale in cui è possibile che si crei lo spazio necessario allo sviluppo della separatezza.

Il costituirsi di quest'area è, per certi versi, facilitata dalla situazione gruppale, soprattutto nei gruppi monosintomatici. Come osserva Pezzoli F., l'essere portatori di una medesima problematica riduce l'angoscia persecutoria tipica della presenza dell'estraneo. Tuttavia, il sentirsi simili per un lungo periodo in questi gruppi, equivale ad assomigliare all'Altro e non a riconoscere nell'altro quegli aspetti di sé, sentiti come estranei a se stessi.

L'aspetto di sostegno fornito da questa somiglianza è favorevole a che ciascuno non si senta solo di fronte al cambiamento e, soprattutto, di fronte alla propensione al "passaggio all'atto", molto pronunciata in questo tipo di patologia, facilita la permanenza al gruppo.

Allo stesso tempo, in un gruppo omogeneo, esiste una tendenza molto forte e persistente a rimanere nell'anonimato dell'identificazione col sintomo.

Come sottolinea Comelli F. (2004), "prima ancora che il sintomo possa essere compreso dal soggetto portatore come esito di una condizione di vuoto identitario, il soggetto nel gruppo omogeneo esprime una necessità di essere in contatto con dimensioni di similitudine, riducendo il senso di alterità rispetto ai "normali". Quasi come se il collante per molti pazienti consista nel cercare di accoppiarsi con un popolo di simili, con uguali modalità esistenziali".

Nel corso di questi anni il lavoro terapeutico è stato piuttosto costoso e doloroso, non soltanto per il gruppo e le singole pazienti, ma anche per noi terapeute, nel momento in cui, di fronte al cambiamento della struttura (legato ai drop-out nella fase iniziale e alle nuove entrate), che rompeva la tendenziale fusione identificatoria, s'imponeva un riassetto del gruppo in virtù di tale cambiamento.

Se da una parte l'arrivo di un nuovo membro destava una certa curiosità, frammista a stati di ambivalenza, spaesamento, ansietà, dall'altra il nuovo elemento, accomunato dalla stessa identità di genere e dallo stesso sintomo, determinava nel gruppo una dimensione già esperita nella sua ciclicità e ripetitività, che si manifestava con la riacutizzazione, per lunghi periodi, di un copione già noto, caratterizzato dal ritorno del sintomo e dall'alternanza della matrice che, nella sua bipolarità veniva espressa attraverso contenuti conosciuti quali: diete, calorie assunte, vomito, cibi desiderati e, ancora, l'introduzione nel coro gruppale di madri intrusive, assenti, padri lontani, violenti, fratelli indifferenti che invadevano la scena del gruppo costituendo un terreno comune di riconoscimento reciproco e speculare attraverso un presunto sapere identificatorio.

Vorrei ora riportare la parte di una seduta rappresentativa della situazione descritta:

Marina: sto male, sono arrabbiata, confusa..ho una sensazione di vuoto..Vorrei andare a vivere a Bologna col mio ragazzo, ma lui non se la sente per la problematica economica...Ho litigato con la mia famiglia...mio padre ci vede come due quindicenni..sento il bisogno di farmi del male..vorrei cancellarmi...mi sento come imprigionata in una ragnatela dalla quale non riesco ad uscire...

Il Terapeuta stimola il gruppo a fare fantasie su quello che si vorrebbe cancellare.

Rita: vorrei cancellare le mie insicurezze, le paure...mi sento ancora dentro ad una campana di vetro..

Marina: ho bisogno di un computer per lavorare. Mio padre mi ha offerto il suo vecchio perché ha intenzione di ricomprarselo....Per averlo dovrei pagargli trecento euro...io mi sono rifiutata di pagare e per un attimo mi sono sentita libera.

Questa comunicazione viene raccolta dal gruppo e ciascuno esprime la propria rabbia ed impotenza di fronte al rapporto ricattatorio che i genitori mettono in atto attraverso i soldi.

Elena: si tratta di un costo emotivo

Romina: i miei genitori non mi lasceranno mai andare via...purtroppo loro non cambiano..

Rita: mio fratello se n'è andato, eppure mio padre continua a trattarlo come un ragazzino e non fa altro che giudicarlo e arrabbiarsi con lui...

Elena: io mi sento provocatrice...vorrei farvi capire anche i punti di vista dei genitori..sembra che comunque essi si muovano sbagliano..vorrei farvi capire che non esiste soltanto il rapporto con loro..esiste anche il fuori...

Rita: il fuori fa paura..è difficile essere accettati..ho paura di uscire dalla campana...

Marina, anoressica con disturbo borderline di personalità, localizza nel gruppo la sua rete intima patologica, “la ragnatela”, nella quale si sente imprigionata e rappresenta la paura del gruppo di rimanere intrappolati in modelli familiari patologici.

La madre che è a sua volta paziente istituzionale e frequenta un centro diurno riabilitativo, ha trasmesso a Marina una profonda disistima femminile. In realtà anche quest’ultima è ancora molto figlia in quanto ancora molto dipendente dalla propria madre.

Il padre di Marina, a sua volta figlio di un padre schizofrenico, si presenta come un padre assente, che a casa passa tutto il tempo davanti al computer, e un marito che non sostiene la moglie. Ciò che fornisce è uno pseudo appoggio economico.

Il ragazzo di Marina è suo cugino ed in passato ha sofferto di “manie” ossessivo-compulsive.

Marina ha portato nel gruppo un’ “incapacità del femminile” nel mettersi in gioco come donne ed una psicopatologia di rete caratterizzata da uomini deboli che non forniscono appoggio e che non aiutano a crescere. Marina si sta facendo carico di una colpa trasmessa trasgenerazionalmente e, identificandosi col modello patologico materno, sta tentando di tacitare questi penosi vissuti legati al “senso di colpa di non farcela”, che accomunano tutto il gruppo.

Allo stesso tempo Elena porta un modello ideale di padre, quello che non ha avuto, in quanto è morto quando lei aveva nove anni. Esprime l’importanza di dipendere dal padre e lo riconosce come bisogno.

Pare che il gruppo non riesca ad uscire da questa configurazione edipica, in cui c’è ancora tanta rabbia e ricerca della figura paterna che permetta l’emancipazione dalla simbiosi madre-figlia. Sembra che nelle famiglie di origine sia mancato un modello di amore maturo fra uomo e donna e il padre o la madre appaiono come figure fragili o minacciose o assenti, con una scarsa comunicazione fra di loro.

Di fronte alla paura e alla difficoltà di uscire dai rigidi vincoli di appartenenza e di risolvere il conflitto dialettico individuo-gruppo, nel gruppo si rischia di

rimanere “imbrigliato nell’alternativa di provocare danno o a se stessi o agli altri” (Ondarza J. L., 1990).

Contemporaneamente i contenuti emersi sembravano risuonare anche a livello istituzionale. Da una parte le famiglie delle pazienti, nei momenti di crisi rivendicavano un aiuto e colpevolizzavano l’equipe che “non fa niente”. Dall’altra anche l’equipe, di “sole donne”, viveva l’assenza di figure di riferimento maschili e sembrava bisognosa di un “sostegno paterno”: lo psichiatra che si era offerto di fornire un appoggio per la terapia farmacologia alle pazienti del gruppo si era defilato, il supervisore faceva fatica a mantenere gli appuntamenti perché pressato dalle richieste istituzionali e la mia figura, (componente dell’equipe insieme all’altra psicologa da quando era stato istituito l’ambulatorio) era ancora in attesa di un presunto “riconoscimento economico” da parte del Direttore.

Di fronte alla crisi vissuta dal gruppo, Marina è stata la voce che come figura è emersa dal coro gruppale e si è propagata nella rete istituzionale in cerchi concentrici che specularmente sono andati a colludere antiterapeuticamente con le configurazioni della rete familiare delle pazienti.

Le riflessioni relative a tale interazione collusiva hanno lasciato emergere nello spazio di supervisione riflessioni, dubbi e interrogativi.

Il gruppo nel corso della sua storia ha vissuto fasi caratterizzate dalla dialettica alternanza di movimenti fusionali, inizialmente primitivi e successivamente più evoluti, e movimenti verso l’individuazione, all’interno delle quali i singoli membri e il gruppo nel suo insieme hanno sperimentato livelli terapeutici “fondamentali”, quali coesione di gruppo, catarsi, istillazione di speranza, universalità, altruismo, comportamento imitativo, socializzazione, fino ad arrivare alla centralità della comunicazione come fattore terapeutico “creativo”, attraverso il quale le pazienti hanno iniziato a comprendere il linguaggio dei loro sintomi ed hanno iniziato a giocare con i simboli.

Il gruppo ha fornito un valido contenimento che ha assunto un forte valore di strumento di aiuto psichiatrico e per la fondazione del set-(ting). Tuttavia, come sostiene Lo Verso G., il contenimento è solo una pre-condizione per

l'esperienza analitica della con-divisione dei fatti psichici, che a sua volta apre progressivamente la possibilità di pensiero “nel gruppo” e su di sé, ma allo stesso tempo, il mantenimento di tale prospettiva, implicherebbe il rischio che anche il gruppo crei una dipendenza che “occluda” invece di aprire gli spazi di pensiero (Lo Verso G., 1995).

Tale dimensione processuale potrebbe essere assimilata a quella che Napolitani D. descrive come la vicenda relazionale degli “eterni fidanzati” che, come afferma l'autore “si nutrono di una promessa che non può aver fine perché il suo cadere nella storia viene sentito come la fine minacciosa dell'idillio o come l'esposizione a una quotidianità mortificante. È questo un fenomeno che mi pare sia particolarmente evidente nei gruppi che si mantengono in una potenzialità creativa, senza che questa riesca a produrre quei cambiamenti per i quali il gruppo si è un tempo idealmente costituito. Ciò non va visto, a mio parere, come patologia, difesa, resistenza nell'accezione che ne dà il classico lessico psicoanalitico, ma va visto come la condizione a cui manca l'occasione perché uno sviluppo riflessivo sulle proposte protomentali che incessantemente si annunciano possa trovare canali enattivi adeguati. Se questo gruppo ha un conduttore, un leader, un trainer o simili, penso che egli sia specificamente responsabile di questo suo accoppiamento col gruppo nei modi degli “eterni fidanzati”. Non è quindi solo la gabbia co-transferale che rende interminabile la coppia analitica, nel grigiore dei ruoli ripetitivi in cui si spegne ogni bagliore di creatività, ma è anche l'effervescenza di effusioni proprie della dimensione protomentale che può ostacolare il compito della costruzione o l'adesione a un progetto di cambiamento. Si potrebbe dire che al “voglio ma non posso” di chi è fissato nell'universo immaginario corrisponde un “posso ma non voglio” di chi non esce dalla sua fonte germinale” (Napolitani D., 2004).

A questo punto della sua storia, il gruppo si trova in un momento di sofferenza intensa che prelude l'uscita dalla “fonte germinale”, vissuta transferalmente come “ragnatela”. L'uscita spaventa e fa sentire in colpa. La negazione dei propri bisogni impedisce il formarsi della fiducia verso le proprie autentiche possibilità maturative.

Il lavoro terapeutico si è orientato ad aiutare il gruppo a superare i blocchi della comunicazione favorendo costantemente la promozione di uno spazio transazionale all'interno del quale la localizzazione della colpa, vissuta come

persecutoria, potesse acquistare, nella matrice gruppale, un nuovo significato, attraversando la dimensione bipolare dell'onnipotenza-impotenza per giungere alla comprensione, in cui poter accettare la realtà del limite proprio e altrui, definito da Speciale-Bagliacca "responsabilità tragica" (Corbella S., 1998).

Il gruppo è stato il "portavoce" di una configurazione che a diversi livelli ha coinvolto noi terapeute, l'equipe, le famiglie, l'istituzione.

Così come le pazienti possono smettere di rimproverare se stesse e gli altri per le proprie e altrui carenze e rimboccarsi le maniche per cambiare al meglio la situazione, allo stesso tempo, noi, cosa potevamo offrire, nella nostra funzione di "guida responsabile"? (Foulkes, 1976).

Che significato poteva avere a questo punto del percorso la malattia?

Quanto la struttura omogenea per sintomo e per genere poteva facilitare il movimento verso l'individuazione?

Sembrava che il gruppo si trovasse nella fase che Anthony E. J. (1998) assimila ad una sorta di "società incapsulata", caratterizzata da argomenti che mostravano una tendenza alla circolarità: "Siamo anoressiche e bulimiche perché nella nostra storia abbiamo avuto carenze o invadenze genitoriali".

I contenuti che emergevano nella loro omogeneità, non permettevano di andare oltre il mondo familiare e pareva che un gruppo "al femminile" configurasse delle resistenze che evidenziavano una modalità relazionale ed una cultura strettamente legata al genere. Se da una parte permetteva di incrementare il senso di autostima e stimolava l'identificazione con il proprio sesso di appartenenza, dall'altra rallentava i movimenti verso la differenziazione tra i membri, limitando il confronto e il contrasto in quanto la differenziazione, la competizione e la conflittualità venivano percepite come "eventi catastrofici che spezzano drammaticamente il legame" (Cantarella G., 2000).

"Come è pensabile allora il percorso di sviluppo dell'identità personale che abbiamo visto sinora in pericolo di scivolamento verso l'uniformità, l'omogeneità e la meccanicizzazione in cambio della sicurezza?" (De Polo R., 1996).

Tale questione ha permesso di introdurre un'ipotesi di lavoro in cui concepire un allargamento dello spazio transazionale gruppale in cui fare emergere il rapporto con l'Altro diverso da sé, riproponendo nel gruppo un nuovo legame come alternativa al gruppo familiare interno, al fine di promuovere una maturazione della matrice gruppale che, partendo dall' "identità di appartenenza" avrebbe permesso un nuovo viaggio "creativo" per arrivare al transpersonale, al polo sociale.

Tale potenzialità terapeutica sarebbe potuta emergere attraverso il concepimento di una prospettiva evolutiva del gruppo stesso, nella consapevolezza che "una particolarità della gruppoanalisi è quella di "accettare" la formazione gruppale, non ignorando i processi regressivi e difensivi che tale formazione comporta, ma usando il gruppo medesimo come mezzo per favorire il "working through" su tali difese e resistenze." (Ondarza J. L., 1989).

Parallelamente anche la rete istituzionale si stava trasformando. Il Dipartimento di Salute Mentale stava concependo al suo interno un "reimpasto" organizzativo con la conseguente ridefinizione di ruoli e funzioni e l'ambulatorio stesso stava crescendo e si stava riorganizzando sotto la pressione di una lunga lista d'attesa e la presenza di nove pazienti alla ricerca di un accoglimento terapeutico. Attraverso la partecipazione di tutta l'equipe si è promosso uno "spazio reticolare d'intervento" e nel tentativo di ricercare una soluzione, è stata concepita la possibilità di fondare un nuovo gruppo. Di fronte ad un'opportunità concreta, spinta dal desiderio di mettermi in gioco, mi sono proposta come conduttrice, come risultato di un processo evolutivo verso "l'individuazione professionale".

Tornando al gruppo ed alla sua collocazione all'interno della rete istituzionale, in cui convergono dilemmi, richieste, conflitti e nuove prospettive terapeutiche, è stata concepita una nuova ipotesi di lavoro.

La maggior parte degli autori che in Italia si dedicano al lavoro con i gruppi omogenei (alcuni dei quali sono stati citati), sono concordi nell'affermare che l'elemento omogeneità del gruppo permette un rapido svilupparsi della coesione, ma un più lungo transito nelle fasi centrali dell'evoluzione gruppale.

In relazione a tale aspetto suggeriscono la costituzione di un gruppo di terapia a termine, soprattutto in quei gruppi femminili che hanno necessità di rafforzare l'identità di genere, attraverso il confronto con il proprio sesso di appartenenza. Ciò permetterebbe di ottimizzare e sfruttare al massimo i benefici offerti dal processo del gruppo omogeneo ed evitare o ridurre i lunghi tempi di stasi, successivi alla prima evoluzione.

Il disegno terapeutico da noi ideato è stato quello di trasformare la struttura da omogenea ad eterogenea, mantenendo la durata del gruppo a tempo indeterminato. Nel tentativo di non saturare l'ottica gruppoanalitica, si è riflettuto sul fatto che, come sostiene Ondarza, la struttura spazio-temporale del gruppo costituisca una rete all'interno della quale può realmente avvenire un confronto tra il tempo vissuto dal singolo e il tempo come rappresentazione costantemente rinnovata o ricreata per il gruppo. Il tempo di ciascuno si innesca col tempo dell'altro, con possibilità reciprocamente trasformative.

Così la nuova struttura del gruppo ha raggiunto la dimensione di nove membri (11 con le terapeute), e si è arricchita attraverso l'entrata di due nuovi pazienti. Mara, 17 anni con disturbo alimentare insorto da circa un anno in concomitanza alla morte del padre, con il quale aveva un forte legame. Vive con la madre con la quale ha un rapporto da lei definito "difficile e conflittuale".

Giacomo, 25 anni, depresso con tratti ossessivi ed evitanti, vive con profonda inadeguatezza le relazioni con gli altri, dai quali si sente giudicato ed escluso. Frequenta un gruppo ristretto di amici, che conosce dai tempi della scuola e non ha conoscenze femminili. Viene da una famiglia da lui descritta come "chiusa" e "isolata" con il padre "timido e affaccendato nel lavoro per pagargli gli studi universitari e che per questo non può andare in pensione" e una madre "molto protettiva che sta tutto il giorno a lavorare in casa". Gianni ha un fratello già laureato con il quale non ha dialogo.

Il gruppo quindi, sarebbe potuto passare da un'eccessiva "coesività empatica" (Ondarza J. L., 1989), ad una prospettiva terapeutica che inquadra il conflitto, il vincolo individuo-gruppo come promotore di un processo grupppale che ha

la possibilità di diventare terapeutico ad opera ed “attraverso” il gruppo medesimo.

In altre parole, prendendo in considerazione la triade struttura processo e contenuto proposta da De Marè, la nuova struttura avrebbe facilitato quei processi potenzialmente dialettici che faticosamente permettono alla fine di capire che solo accettando l'Altro si può accettare se stesso o viceversa per accettare sé, si ha bisogno dell'Altro.

Ma, a questo punto, cosa è successo quando nel gruppo è entrato “l'altro”, Giacomo?

La comparsa di Giacomo ha determinato quell'effetto “perturbante” nel suo significato freudiano, definito come “l'esperienza dell'incontro con qualcosa che nell'ambito della cornice familiare si rivela improvvisamente come totalmente estraneo (...) l'incontro con una estraneità che accade proprio nel luogo che ritenevamo di massima familiarità” (Recalcati M., 2005).

In realtà l'aspetto del gruppo legato all'elemento familiarità, rappresenta solo una delle polarità in esso configurate, quella legata all'appartenenza al sintomo e al genere. Giacomo è un maschio e non è un D.C.A. Tale aspetto ha creato confusione, disorientamento, rabbia, espressa in modo esasperato da Maria, che, prima di uscire dalla stanza di terapia reclama: “siamo in troppi è meglio quando eravamo di meno...voi non state facendo il vostro lavoro..o facciamo due gruppi o così non mi piace...prenderò provvedimenti!” drammatizzando con un agito altrettanto perturbante, la protesta e la delusione traumatica del gruppo con l'unica forma di comunicazione possibile in quel momento.

Maria è stata il portavoce che ha esasperato la problematica da tutti condivisa relativa all'angoscia del cambiamento e, nel tentativo di riattivare un rapporto materno “esclusivo” con la terapeuta, richiede colloqui individuali, nei quali attacca pesantemente la mia figura, da lei considerata “incompetente”, rappresentando l'eco di tutti gli altri membri, quasi come se, di fronte all'attivazione di aspetti più regrediti, arcaici, selvaggi, il gruppo avesse operato una scissione tra terapeuta e l' “altra” co-terapeuta, tra amore e odio, vecchio e nuovo, regressione e avanzamento, al fine di non integrare ed

elaborare la nuova dimensione e sperimentare la scoperta del diverso e dello sconosciuto.

L'altra polarità che si stava configurando, risuonava un'atmosfera di cambiamento e di trasformazione legato all'uscita di Elena che, dopo tre anni, aveva terminato la terapia, per cui, tutti i componenti del gruppo erano coinvolti nel suo processo di "crescita". Elena era uscita dal sintomo ed aveva imparato a riconoscere i propri bisogni distinti da quelli degli altri e a sentire fino in fondo gioia e dolori grazie alla "relazione-corpo-mente". Aveva raggiunto la consapevolezza della fine nel momento in cui ha sentito fiducia e rispecchiamento positivo da parte degli altri, imparando a comunicare le sue fragilità e a confrontarsi superando la paura del rifiuto.

Durante gli ultimi mesi di terapia, Elena si è affiancata alla terapeuta in modo maturo e collaborante assumendo per il gruppo un ruolo di guida, creando una profonda solidarietà con il proprio sesso, dimostrando allo stesso tempo che ciò non implica una complicità contro il sesso opposto. Ciò ha favorito l'accoglimento dei nuovi pazienti ed ha facilitato l'emergere della curiosità nei confronti di Giacomo stimolandolo ad uscire dal suo silenzio e, in un momento in cui il gruppo stava comunicando sul conflitto tra il bisogno di sentirsi "coperti" e quello autonomia, Giacomo diventa il portavoce della colpa di sentirsi coperto in tutto e per tutto dai genitori che per lui fanno tutto non solo dal punto di vista economico. Lui non si sforza più di tanto..lo sa che è un atteggiamento sbagliato..sono sempre loro che gli vanno incontro.

Rita gli rimanda che in realtà il suo è un problema di insicurezza ed Elena riconosce che lui si sta impegnando nello studio e nello stesso tempo sta lavorando...non è facile conciliare le due cose, accogliendo quelle parti fragili che nel qui e ora accomunavano una parte del gruppo e con le quali Giacomo si è rispecchiato.

In un altro momento Elena racconta che per il suo compleanno è andata a cena col fidanzato ed ha pagato lei...però questa cosa l'ha lasciata un po' interdetta..avrebbe voluto che pagasse Francesco.

Romina si chiede se deve pagare sempre l'uomo rivolgendosi a Giacomo. Giacomo non è esperto.

Elena gli propone un esempio pratico: se vai a prenderti un gelato con una ragazza chi paga?

Giacomo: pago io.

Romina non è d'accordo perché la farebbe sentire dipendente.

Il gruppo, nello sforzo di proiettarsi nel futuro attraverso l'assunzione di ruoli utili a presentificare posizioni emotive mai assunte precedentemente, approccia con timore il significato dell'essere femmine e maschi e il rapporto con l'altro sesso partendo dai ruoli stereotipati appresi in famiglia e trasmessi dal sociale.

Allo stesso tempo, la matrice gruppale si è arricchita di contenuti relativi alla competizione femminile per ottenere l'approvazione maschile, invidia, gelosia, realizzandosi qualcosa che è simile a ciò che avviene nel rapporto tra fratelli di fronte ai genitori. La comunicazione di Maria: "meglio essere figli unici..con altri fratelli e sorelle sei solo un numero" ha rappresentato nel gruppo quello che Freud aveva descritto come "complesso fraterno" (Macciò M., Vallino D., 1996), ossia l'apertura di una ferita narcisistica che espone il "gruppo pimomogenito" ad un'esperienza di spossessamento, in cui il diverso e l'intruso sottrae il posto e i privilegi, turbando gli equilibri esistenti.

Di fronte a tale sfida dinamica, tutto il gruppo ha risuonato sul tema relativo all'ambivalenza nei confronti del cambiamento, dividendosi in sostenitori delle più evolute posizioni emotive e in fautori dell'impossibilità di cambiare localizzando la dialettica conflittualità tra narcisismo e onnipotenza da una parte e riconoscimento e accettazione dall'altra.

Vorrei ora riportare una seduta rappresentativa della fase che il gruppo sta attraversando attualmente:

Il gruppo esprime gradimento per il nuovo colore di capelli di Maria.

Maria: mi sento agitata per il nuovo colore. Ho paura di quello che potrebbero pensare gli altri. Mia madre mi ha detto che non mi riconosce più e io mi sono chiesta "come sono?". Anche al lavoro mi hanno fatto i complimenti.

Elena: Sara, come mai non sei più venuta al gruppo.

Sara: ho avuto impegni con la scuola...in realtà avevo difficoltà a venire in gruppo..devo andare via da scuola prima del tempo e gli altri mi chiedono dove devo andare...in realtà era

dall'anno scorso che avevo la speranza di non venire più in gruppo..pensavo di essere guarita..

T.: come sentite quello che dice Sara

Maria: un po' triste..

Elena: Sara mi chiedevo se in gruppo è successo qualcosa.

Sara: a scuola mi prendono in giro per il mio aspetto fisico..è da quest'estate che ho ricominciato a mangiare e a saltare i pasti...ho rimesso in gioco tutto quanto. (Sara piange)

Co-T: Sara cosa senti.

Sara: mi sento tanto triste ho accumulato...non riesco a trovare un equilibrio..vado sempre su e giù.

Maria: tanto su e giù lo facciamo tutti.

Sara: io mi aspettavo di stare meglio..invece sento che mi sto isolando..è come se cercassi di stare male..

T.: come mai quando uno sta male cerca di farsi ancora più male.

Maria: perché pensi che niente possa aiutarti, neanche il gruppo. Io è da una vita che ho alti e bassi..anche adesso che sto meglio temo che torni il momento brutto..nella malattia ci si ricasca..

Co-T: c'entrano le difficoltà?

Maria: si forse si ricasca nelle difficoltà..però sai che la malattia è l'unico mezzo per affrontarle.

Elena: però così le difficoltà non le superi.

Maria: ci ricaschi come una pera cotta...non riusciamo a trovare un equilibrio..mi sembra che l'unica che ha raggiunto un equilibrio qui è Elena.

Elena: io sento di averlo raggiunto da diverso tempo..ma siamo tutti sulla strada verso la guarigione. Questo è un percorso fatto di tanti momenti..non c'è un prima e un dopo. L'equilibrio sta nella forza di stare qua nonostante la ricaduta. Bisogna dare il giusto peso alla ricaduta, bisogna parlarne, affrontarla. Ci si deve dare valore. Prima Sara quando parlava al primo posto c'erano gli altri, le amiche, la scuola..la causa erano gli altri e noi dove siamo?

Sara: io penso sempre agli altri.

Co-T.: cosa rappresentano gli altri.

Maria: sono una specie di specchio della nostra anima. Noi siamo condizionati dal giudizio dell'altro. Quello che ci dice l'altro è come se fosse la verità. L'altro lo vediamo come giudice. Quando giudica bene va tutto ok..ma se giudica male è una tragedia.

Il mio primo pensiero va all'altro, non a noi. Quando ieri mi sono guardata allo specchio non mi sono chiesta "mi piaccio?" ma ho pensato subito agli altri....però a questo ragionamento ci sono arrivata.

Sara io lo so quello che provi però non ti rovinare la vita come me la sono rovinata io. Tu sei bella anche con 10 chili in più. Io 20 anni fa li avevo persi..e mi sono rovinata.

T.: Giacomo a cosa stai pensando.

Giacomo: (rivolto a Sara) te ne devi fregare di quello che ti dicono gli altri.

Maria: (rivolta a Giacomo) quando tu stai con gli altri, maschi o femmine che cosa provi

Giacomo: penso al giudizio degli altri.

T.: anche qui dentro c'è questo timore del giudizio?

Romina: no qui dentro no...per me gli altri sono mia madre e mio padre..una sorta di incubo..

Maria: tu pensi che gli altri siano tuo padre e tua madre perché non pensi a quello che c'è fuori...

Elena: (rivolta a Sara) bisogna dare il giusto peso alle cose..ad esempio, tempo fa Maria ti ha detto che sei "ciccioletta" e ho notato che c'eri rimasta male e poi non sei più venuta al gruppo...in realtà Maria a questa parola ha dato un altro valore..però in te è andata a rinforzare un tuo pensiero negativo.

Sara: vorrei andare oltre l'aspetto fisico.

Elena: bisogna darsi del tempo devi pensare al tuo benessere..Ciccioletta non è un giudizio alla persona e non vuol dire brutto.

Maria: a me piace il termine ciccioletta...io ero un po' come lei e stavo male..ero angosciata e mi sentivo brutta..mi vedevo deformata..poi ero riuscita a perdere i chili e stavo male ugualmente..il problema non è "ciccioletta" è un malessere che abbiamo dentro.

T.: si tratta di un malessere che vi accomuna..ma mi chidevo..cosa vi impedisce di andare oltre

Maria: io non vado oltre..sono terrorizzata dall'oltre non so cos'è.

T.: se facessimo qualche fantasia su cosa è l'oltre

Rita: nessuna differenza tra magri grassi, mi immagino un mondo senza problemi e senza nessuna differenza.

Silenzio.

Maria: Sara non si gode la sua età

Sara: il su e giù non lo faccio solo col cibo..lo faccio anche con l'attività fisica..mi chiudo in casa e non esco. Quando sto bene al corpo non ci penso, penso a stare con gli altri..forse non dovrei rimettere in discussione sempre tutto.

T.: anche questo gruppo sembra che stia vivendo alti e bassi. Quando è più depresso si fa fatica a venire alle sedute

Elena: io l'equilibrio me lo sento

Maria: tu hai anche più fiducia nel gruppo

Elena: il gruppo mi ha permesso di avere più fiducia in me stessa. Io ho avuto fiducia nella possibilità di cambiare..si tratta di mettere tanti mattoncini..col tempo ci si conosce, ci si accette, ci si sente meglio..io mi sento più fluida, meno statica. Le difficoltà per me sono una prova, un arricchimento, una sfida. Se ora io mangio un biscotto, so quello che è e dove va a finire

Maria: sai che fine fa nel tuo corpo..

Elena: riesco a...

Maria: riesci a bilanciare..

Elena: io ho il potere sul biscotto non è il biscotto che ha il potere su di me e mi annulla.

T: è il potere che vi date per andare oltre e questo oltre che significa

Maria: a me fa ancora paura

Co-T: però riesci a vederlo in Elena

T: cosa potrebbe rappresentare per il gruppo il biscotto di Elena

Maria: l'altro

Romina: gli altri, i genitori

Giacomo: il giudizio

Maria: l'altro giorno al lavoro ho incontrato davanti alla macchina del caffè una mia collega.

Ho cercato di intrattenere con lei una conversazione, ma lei è stata poco disponibile.

Ho pensato "che cafona..avrà il suo carattere, ma questo non riguarda me".

Prima avrei pensato "non sono simpatica..è colpa mia"

Elena: sei riuscita ad andare oltre.

Il gruppo si trova in una fase di sbandamento. La sua trasformazione ha fatto riemergere il sintomo, in un momento in cui l'andare "Oltre" costringe a sperimentare qualcosa che è più difficile da accettare della malattia e della sofferenza e cioè l'ignoto, lo smarrimento. L'esplorazione di sé nel mondo spaventa.

La difficoltà di trovare l'equilibrio tra il "su e il giù" può trovare nel lavoro "attraverso" il gruppo la giusta oscillazione con cui giocare. Come dice Elena è importante dare fiducia al gruppo ed alla sua capacità di tradurre, finalizzata alla costruzione e crescita della matrice di comunicazione in cui far confluire un nuovo linguaggio che permetta di trovare un equilibrio tra il vecchio e il nuovo, tra le configurazioni familiari ed il proprio vissuto rispetto ad esse, tra aspetti cognitivi ed aspetti emotivi.

Conclusioni

“I Disturbi delle Condotte Alimentari costituiscono indubbiamente una vera e propria sfida per le difficoltà che pongono a chiunque tenti di darne un esaustivo inquadramento psicopatologico e/o di coglierne una coerente ed unitaria comprensione del trattamento”. (Nucara G., 1999).

A tale proposito, questo lavoro ha avuto l'intento di evidenziare come, il concepimento ed esecuzione di un adeguato disegno di psicoterapia di gruppo in un contesto istituzionale, ha sollevato, a vari livelli, problemi ed ha lasciato aperti dubbi ed interrogativi finalizzati all'elaborazione di un'adeguata ipotesi di cura.

L'utilizzo di un'ottica e prospettiva gruppoanalitica, ha permesso un approccio in cui inquadrare la psicopatologia e le vicissitudini della gruppalità, partendo dal gruppo di terapia, transitando nel gruppo equipe per poi giungere all'istituzione, la cui strategia essenziale è quella di attuare una rete terapeutica istituzionale, al fine di promuovere uno spazio di cambiamento tra il paziente ed i suoi vincoli con la rete patogenetica.

L'interazione di rete non sempre ha favorito tale cambiamento e le configurazioni cliniche stratificatesi nei diversi livelli istituzionali hanno perpetuato, in modo più o meno consapevole conflitti che talora hanno bloccato il progetto terapeutico.

Come sostiene Ondarza, la proposta di soluzioni dovrebbe nascere all'interno del processo conflittuale che le ha generate, al fine di produrre “attraverso” la partecipazione di tutta l'equipe una vera dialettica, promuovendo uno spazio intermedio di trasformazione e cambiamento, come polarità opposta ad una rigida rete strutturata nei bisogni di appartenenza e conservazione.

Partendo dall'inquadramento clinico-dinamico e al riferimento teorico ad orientamento gruppoanalitico e arrivando a quello metodologico e tecnico, si è ricercata una formula in cui conciliare e coordinare strumenti cognitivi e strumenti psicodinamici.

Tale approccio ha creato all'interno del gruppo omogeneo una configurazione di “dis-omogeneità” metodologica percepita da me e dalla collega psichiatra

come confusiva e si è rispecchiata con la confusione inizialmente vissuta dal gruppo.

Lo spazio di supervisione ha facilitato non solo un processo di apprendimento e di training, ma ha rappresentato anche, soprattutto nella fase iniziale, una “base sicura”, uno spazio intermedio in cui incrementare una funzione riflessiva che ha favorito un confronto dialettico tra identità teoriche e professionali diverse, rappresentate dalle dicotomie “cognitivista-gruppoanalista” e “psichiatra-psicologo”.

Nel corso di questi tre anni, l'utilizzo della triade Struttura Processo e Contenuto e della prospettiva gruppoanalitica, ci ha permesso di concludere che, l'incontro con “l'Altro”, nella consapevolezza dei propri confini e limiti ha facilitato le riflessioni sulle potenzialità e limiti del dispositivo gruppal omogeneo, incentivando il bisogno di un maggior approfondimento teorico e metodologico, che ha portato alla modificazione strutturale del gruppo da omogeneo a eterogeneo, con la finalità di sperimentare una progressione di maturazione della matrice.

Di fronte all'evento malattia, e in virtù dei processi trasformativi che il gruppo ha vissuto, come conseguenza di un'apertura “creativa” volta a cogliere nuovi elementi di esperienza e conoscenza, è stato ipotizzato, in una prospettiva futura di ricerca, un progetto e un disegno terapeutico in cui articolare, un intervento metodologico e tecnico che migliori la nostra matrice di comunicazione e incrementi un confronto tra l'ottica gruppoanalitica e quella di tipo cognitivo-evoluzionista che tenga conto dei recenti contributi della ricerca empirica sull'infanzia, degli studi sulla Teoria dell'Attaccamento e degli studi sui Sistemi Motivazionali Interpersonali.

Bibliografia

- Abraham K.: Ricerche sul primissimo stadio pregenitale della libido. In Opere, vol. 1, Boringhieri, 1916.
- American Psychiatric Association: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV). Masson, 2001.
- Anthony E. J.: “*Alcuni aspetti tecnici e pratici della situazione gruppoanalitica*”. In: S. H. Foulkes, E. J. Anthony (a cura di) : L’approccio psicoanalitico alla psicoterapia di gruppo. Edizioni Universitarie Romane, 1998).
- Anthony E. J.: “*La storia naturale del gruppo terapeutico*”. In: S. H. Foulkes, E. J. Anthony (a cura di) : L’approccio psicoanalitico alla psicoterapia di gruppo. Edizioni Universitarie Romane, 1998.
- Attili G.: Ansia da separazione e misura dell’attaccamento normale e patologico. Unicopli, 2001.
- Baglioni L.: “*Disturbi della regolazione affettiva: fra sopravvivenza e sviluppo tollerabile nel gruppo omogeneo*”. In: S. Corbella, R. Girelli, S. Marinelli (a cura di): Gruppi omogenei. Borla, 2004.
- Baglioni L.(2005): Fattori terapeutici nei gruppi omogenei ad orientamento psicoanalitico per i disturbi alimentari . In www.funzionegamma.edu/italiano/journal/numero14/baglioni.asp
- Benuzzi B. S., Farinazzo C.: Rischi e ostacoli nel trattamento delle anoressie e delle bulimie. In Gli argonauti, n.78, 1999.
- Bion Wilfred R. Esperienze nei gruppi. Armando Ed., 2003
- Bruch H. :Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità, Feltrinelli, 1977.
- Bruch H. (1983): La gabbia d’oro. L’enigma dell’anoressia mentale. In Gabbard G. O. (a cura di): Psichiatria psicodinamica, Raffaello Cortina, 2002.
- Bruno W.: L’immagine corporea e la sua relazione con lo spazio nei disturbi alimentari. Rivista di psicoanalisi, XLVII, 4, 2001.
- Cantarella G.: Indicazioni e controindicazioni ai gruppi terapeutici femminili. Gruppi, Vol. II N. 1 Gennaio-Giugno, 2000.
- Comelli F.: “*Transiti Io-noi nel gruppo omogeneo*”. In: S. Corbella, R. Girelli, S. Marinelli (a cura di): Gruppi omogenei. Borla, 2004.
- Corbella S.: Riflessioni sul tema della colpa. Gli Argonauti, marzo, 1998.
- Corbella S.: Essere e divenire nel gruppo. Gli Argonauti, n. 83, 1999.
- Cortese L.E.: Gruppoanalisi ed equilibrio estetico. Archivio di psicologia neurologia e psichiatria, anno LVIII, Gennaio-Febbraio, 1997.
- De Polo R.: Dal corpo gruppale all’identità individuale. Rivista di psicoanalisi, Anno XLII-N. 1- Gennaio-Marzo, 1996:
- Foulkes S. H.: *La psicoterapia gruppoanalitica*. Astrolabio, 1976.

- Foulkes S. H.: *Analisi terapeutica di gruppo*. Boringhieri, 1967.
- G. Nucara, R. Menarini, C. Pontalti: *“La famiglia e il gruppo: clinica gruppoanalitica e psicopatologica”* In: F. Di Maria, G. Lo Verso (a cura di): *La psicodinamica dei gruppi*. Raffaello Cortina Ed., 1995.
- Freud S.: Tre saggi sulla teoria sessuale. In: *Opere*, vol. IV, Boringhieri, 1905.
- Freud S.: Isteria e angoscia. Il caso di Dora. Inibizione sintomo e angoscia e altri scritti. Bollati Boringhieri, 2001.
- Gabbard G. O.: *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina, 2002.
- Iacopini P., Polimanti S., Pellicetti L., Martini A.: *Terapia di gruppo e istituzione*. XLIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, 15-20 ottobre, Magi Ed., 2006:
- La Rosa C.: *Anoressia bulimia: una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. psicobbiativo vol. XXI 3, 2001.
- Lo Verso G.: *“Fattori e trasformazioni terapeutiche in psicoterapia analitica di gruppo”*. In: A. Correale, C. Neri, S. Contorni (a cura di): *Fattori terapeutici nei gruppi e nelle istituzioni*. Vol. 2. Koinos Quaderni, Borla Ed., 1995.
- Lo Verso G., Papa M.: *“Il gruppo come strumento di conoscenza e la conoscenza del gruppo”* In: F. Di Maria, G. Lo Verso (a cura di): *La psicodinamica dei gruppi*. Raffaello Cortina Ed., 1995.
- Macciò M., Vallino D. : *Note sul complesso fraterno nei gruppi*. *Psiche*. Anno IV 2 luglio-dicembre, 1996.
- Marinelli S.: *“Funzioni dell’omogeneità nel gruppo”*. In: S. Corbella, R. Girelli, S. Marinelli (a cura di): *Gruppi omogenei*. Borla, 2004.
- Marinelli S.: *Il gruppo e l’anoressia*. Raffaello Cortina Ed., 2004.
- Napolitani D.: *La bipolarità della mente relazionale. Il “maschile” e il “femminile” nei processi cognitivi I parte*. *Rivista italiana di gruppoanalisi*, vol.XVIII, n.1, 2004.
- Napolitani D.: *Ciclo di seminari. “Il SE’ nella relazione”*. *Rivista italiana di gruppoanalisi*, vol. XXI, num.2, 2007.
- Neri C.: *Gruppo*. Borla Ed., 2004.
- Nucara G.: *Anoressia: quell’insostenibile fuga nella leggerezza*. *Psicoterapia e istituzioni*, Anno VI, 1-2/1999.
- Ondarza Linares J., Ranzato F. P.: *Psicoterapia di gruppo in ambulatorio: considerazioni, problemi e prospettive*. *Rivista di psichiatria*, vol. VI, n. 4, luglio-agosto, 1971.
- Ondarza Linares J.: *Osservazioni sui cambiamenti di alcuni disturbi psicosomatici nel corso di analisi di gruppo*. In Antonelli F. (A cura di) *Therapy in psychosomatic medicine*. Edizioni Luigi Pozzi, 1975.
- Ondarza Linares J.: *Modelli e tecniche in psicoterapia*. *Atti del XVIII Congresso Nazionale della Società di Psicoterapia Medica*. Verona, 3-4 Nov.,1984.

- Ondarza Linares J.: La relazione terapeutica nelle psicosi. Congresso nazionale SPM, Bologna 1985.
- Ondarza Linares J.: Gruppalità e soma. Implicazioni per la psicodinamica, psicopatologia e psicoterapia. Psichiatria e neuroscienze. CIC Edizioni Internazionali, 1989.
- Ondarza Linares J.: Isteria corpo e linguaggio. Atti del XXIII congresso nazionale della Società Italiana della Psicoterapia Medica, 1989.
- Ondarza Linares J.: Riflessioni sull'uso e significato del concetto del self nella pratica gruppoanalitica, Teda Ed., 1989.
- Ondarza Linares J.: *Disturbi di personalità: strategie e prospettive terapeutiche gruppali (la visione gruppoanalitica)*. In: Sarteschi P., Maggini C. (a cura di): *Personalità e psicopatologia*. ETS ed. Pisa, 1990.
- Ondarza Linares J.: *Psicoterapie di gruppo*. In G. B. Cassano, P. Pancheri, L. Pavan, A. Pazzagli, L. Ravizza, R. Rossi, E. Smeraldi, V. Volterra (a cura di): *Trattato di psichiatria*. Masson, 1999.
- Ondarza Linares J., Ondarza Linares C. M.: Gruppoanalisi e teoria dell'attaccamento. *Attualità in psicologia*, vol. 18, n. 3-4, luglio-dicembre, Ed. Universitarie Romane, 2003.
- Ondarza Linares J., Ondarza Linares C. M.: Gruppoanalisi e Teoria dell'attaccamento. Gli aspetti metodologici e tecnici. *Attualità in psicologia*, vol. 19, n. 1-2, gennaio-giugno, Ed. Universitarie Romane, 2003.
- Recalcati M.: *Introduzione alla psicoanalisi contemporanea*. Bruno Mondatori, 2003.
- Recalcati M.: *L'omogeneo e il suo rovescio*. Franco Angeli Ed., 2005).
- Reda G. C., Liotti G.: *Disturbi psicogeni dell'alimentazione*. In Reda G. C. (a cura di): *Psichiatria*, Utet, 1993.
- Schutzenberger A.A.: *La sindrome degli antenati*. Di Renzo Ed., 2004.
- Selvini Palazzoli M.: L'anoressia mentale, Feltrinelli, 1963. In Gabbard G. O. (a cura di): *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, 2002.

