

## **Il corpo in gruppo. Tra assenza e presenza**

*M. Salis, C. Cemolin, S. Riccamboni, S. Romano, M. Gatta*

### **Abstract**

Lavorare con l'adolescenza, e in special modo nei disturbi del comportamento alimentare, pone in forte rilievo molteplici apparenti contraddizioni. In questo lavoro ci focalizziamo sul corpo, considerato e vissuto insieme come impaccio e ostacolo all'espressione del vero sé, ma anche, contraddittoriamente, come ciò che continua a fornire la misura, letteralmente, di sé.

Il corpo preso di mira dall'anoressica, viene zittito nelle sue richieste e bisogni fondamentali, viene ridotto all'osso e rigidamente disciplinato. Ma zittire il corpo significa far tacere anche le emozioni che nel corpo si esprimono. E' nell'ottica di un assunto di base anoressico che trova senso l'approccio terapeutico grupppale. Il gruppo può fornire uno spazio-tempo in cui il vuoto diventa visibile e contattabile dal gruppo nel suo insieme. Per provare a riflettere su questa paradossalità, centrale per l'anoressica ma quasi fisiologica per l'adolescente, che impone necessaria la scomparsa del corpo per far vivere una presenza, proponiamo alcuni frammenti da sedute di gruppi omogenei per ragazze con disturbo del comportamento alimentare e da sedute con gruppi di adolescenti eterogenei per sintomatologia ma omogenei per l'età, dove appare chiaro come il ritmo del gruppo stesso sia continuamente segnato da una oscillazione tra l'affacciarsi e il ritirarsi, sotto una sorta di "bilancia interna", pronta a "pesare" i bisogni e i momenti di fatica di tutti.

**Parole chiave:** anoressia, corpo, gruppo, assenza

*“Ho un disturbo dell'alimentazione, su questo non si discute, con il quale convivo in uno spiacevole stato di antagonismo (...). Per me la considerazione di me stessa dipenderà interamente dalla mia capacità di morire di fame. Un'equazione strana e una convinzione troppo diffusa: il valore di una presenza cresce in modo esponenziale con il progredire della sua scomparsa” (Hornbacher M., 1998).*

In apparente contraddizione il corpo è insieme l'impaccio, l'ostacolo all'espressione del vero sé, ma anche ciò che continua a fornire la misura, letteralmente, di sé.

Il corpo preso di mira dall'anoressica, viene zittito nelle sue richieste e bisogni fondamentali, viene ridotto all'osso e rigidamente disciplinato. Ma zittire il corpo significa far tacere anche le emozioni che nel corpo si esprimono, ed inaridire le relazioni con gli altri e con il mondo, cui il corpo rimanda nel suo essere

contenitore/custode del proprio mondo interno e strumento/mediazione nel contatto col mondo interno altrui.

E' nell'ottica di un assunto di base anoressico, consistente in un ritorno al nulla mortifero, che trova senso l'approccio terapeutico grupppale. Il gruppo può fornire uno spazio-tempo in cui il vuoto diventa visibile e contattabile dal gruppo nel suo insieme. Il vuoto del corpo svuotato dell'anoressica, non appare più solo come qualcosa di statico ma come vuoto dinamico che può evolvere nelle due direzioni: quella mortifera da un lato, e quella della creatività dall'altro; un corpo come soggetto in profondo dialogo con la psiche ed il gruppo (Marinelli S., 2004).

Per provare a riflettere su questa paradossalità, centrale per l'anoressica ma quasi fisiologica per l'adolescente, che impone necessaria la scomparsa del corpo per far vivere una presenza, proponiamo alcuni frammenti da sedute di gruppi omogenei per ragazze con disturbo del comportamento alimentare e da sedute con gruppi di adolescenti eterogenei per sintomatologia ma omogenei per l'età. Si tratta di gruppi, omogenei ed eterogenei, a termine o aperti, con sedute a frequenza settimanale, condotte da una coppia di terapeuti maschio e femmina.

La presenza dell'adulto nella persona del terapeuta richiama al significato che gli adulti, soprattutto i genitori, hanno per l'adolescente: si tratta di una classe di persone vissuta in modo conflittuale, il ragazzo/a infatti sente di dover prendere le distanze dall'oggetto di cui ha ancora bisogno. Il conflitto dipendenza/indipendenza che l'adolescente si trova così a vivere in questo contesto relazionale, comporta ansia abbandonica da un lato, e ansia di essere invaso dall'altra. Tali paure e ansie si costituiscono spesso come angoscia libera, difficilmente pensabile e difficilmente gestibile sia a livello di mondo interno sia come espressioni ed esternalizzazioni emotivo-comportamentali.

Nei confronti dell'adolescente, il terapeuta del gruppo indossa le vesti ora dell'adulto da cui differenziarsi ora di quello con cui identificarsi ora di quello a cui potersi abbandonare e di cui potersi fidare quando la sofferenza psichica rende più deboli e fragili. La scelta qual è da sempre la nostra nella conduzione di gruppi per adolescenti, di co-condurre in coppia- due terapeuti maschio e femmina-, comporta con ancor maggior forza, movimenti nelle due direzioni di allontanamento e differenziazione, legati all'assonanza con le imago parentali e all'opposto, di avvicinamento e identificazione legati all'immagine di due adulti- uomo e donna-, in qualche modo convocati per presenziare e valutare la correttezza dell'impresa dell'adolescente e la sua congruità con l'obiettivo finale, che è quello di crescere ed essere riconosciuti.

A tal proposito ci vengono in mente 3 frammenti di diverse sedute di un gruppo terapeutico di pazienti con disturbo del comportamento alimentare, tra i 14 e i 17 anni. Nel primo che presentiamo, tutte le ragazze schierate a semiluna nella parte di cerchio opposta a quella occupata dai conduttori, ribadiscono l'importanza di potersi sentire telefonicamente tra una seduta e l'altra, magari anche vedersi e aiutarsi in caso di malessere (*"è più utile l'aiuto che possiamo darci tra noi, rispetto a quello che ci date voi"*), e che dunque la regola del gruppo circa il limitare i contatti tra i membri al

di fuori delle sedute, “è proprio una stupidata”. In occasione del post gruppo di quella seduta, leggemo tali parole come espressione dell’onnipotenza caratteristica dei soggetti anoressici e della necessità in questo caso, di differenziarsi fino ad opporsi nei confronti dei terapeuti. D’altra parte ci sembrò anche che in quella seduta fosse stata espressa la necessità e il desiderio di sentire presente la terapia anche nella sua assenza, al di fuori del Servizio, come a voler costruire una continuità esterna tra una seduta e l’altra.

In un’altra seduta di questo gruppo Giulia, avendo preso posto tra i due terapeuti, prende la parola e si rivolge alle compagne chiedendo prima come stanno e com’è andata la settimana. A seguito del racconto di Claudia relativo alle difficoltà di relazione con i genitori per via della non accettazione dei limiti di orario per il rientro serale, Giulia dà suggerimenti su come migliorare la comunicazione genitori-figlio, rappresentando una modalità di identificazione nei confronti degli operatori, con cui quel giorno spartisce evidentemente la conduzione della seduta di gruppo.

In una terza seduta ancora Alice, uno dei membri che solitamente si espone di meno, sollecitata dai terapeuti alla fine di una seduta in cui si era parlato di *controllo* e che l’aveva vista sempre in silenzio, rivolge lo sguardo ai conduttori, sussurra “*di non avere via di scampo*” e comincia a piangere, manifestando così di potersi abbandonare e fidare quando il dolore psichico la rende più fragile, ed esprimendo una sofferenza ed un’emozione che mai aveva prima comunicato e che poche altre volte era circolata in gruppo. Così facendo Alice sembra avvertire che il suo racconto assume connotati più reali, di cui ha reso i terapeuti, e con loro l’intero gruppo, testimoni, e di cui nelle sedute successive riuscirà a parlare calibrando l’emotività a favore dei processi di mentalizzazione ed elaborazione. Il passaggio di Alice è rappresentativo di quanto il sintomo, che si pone come limite, come nucleo di impensabilità e di chiusura, sia però inizialmente anche l’unica identità possibile. Nel gruppo omogeneo la sintomatologia anoressica diviene centrale, resa “ pubblica ” e custodita in uno spazio d’ascolto sicuro: questo permette alle partecipanti di scambiare e condividere esperienze, con la possibilità di vedere finalmente accolte parti di sé eclissate dalle dinamiche familiari e dalle modalità relazionali in genere. Dai vissuti delle pazienti emergono infatti sentimenti di esclusione e non-riconoscimento che spesso denotano un certo livello di trascuratezza – in senso lato - insito nei sistemi familiari invischiati e invischianti, confusi e conflittuali. L’essere intrappolate nell’impossibilità di vita, bloccate evolutivamente e paralizzate nelle relazioni con l’ossessione per il cibo, risultano i tratti accomunanti il gruppo, almeno nella fase iniziale. Il gruppo opererà gradualmente una rivisitazione del sentimento di onnipotenza, relativizzando la problematica centrata sul corpo; da qui la possibilità di iniziare a pensare al sintomo e ai suoi significati, a dubitare della sua reale/concreta utilità sperimentando un forte senso di impotenza.

Nelle anoressiche la necessità paradossale di farsi vedere scomparendo assume certo livelli concreti e spesso drammatici. È comunque questa una modalità tipicamente

adolescenziale di porsi in relazione, e diventa spesso una particolarità evidente e significativa nelle modalità di partecipazione ai gruppi terapeutici per gli adolescenti. Una riflessione che abbiamo avviato ci ha portato, attraverso diverse esperienze avviate negli ultimi anni, ad evidenziare come una caratteristica peculiare e significativa di questi percorsi terapeutici sia rappresentata dalle assenze. Queste ci appaiono spesso essere una forma di comunicazione, a volte l'unica forma di comunicazione possibile, e ci aiutano a comprendere che il gruppo tutto sta attraversando una fase di passaggio, di trasformazione (Corbella S., 2005). La discontinuità nella presenza consente al membro assente di farsi portavoce di momenti significativi e centrali per il gruppo, permettendo nel contempo una specifica modalità di modulazione delle distanze in sintonia con i propri ritmi e con i propri tempi.

Silvia Corbella sottolinea come chiunque si rivolga a noi, sia per un progetto di cura sia per un progetto di formazione, lo fa nella speranza e nell'attesa di un cambiamento evolutivo a favore, a volte della sopravvivenza, più spesso della qualità della vita a differenti livelli. La possibilità e l'aspettativa di eventi "trasformativi" sono implicite nella richiesta.

Ma quando il lavoro va avanti e qualcosa inizia a cambiare davvero, cosa succede in queste situazioni? Quello che Corbella propone sul lavoro terapeutico grupppale, ci sembra assumere specificità particolari con gli adolescenti. L'idea, e la paura, del cambiamento, arrivano come entità particolari fin dall'inizio, fin dalla proposta che modifica in maniera molto netta gli scenari interiori abitati sino a quel momento, proponendosi quindi contemporaneamente come desiderio e speranza, ma anche come minaccia

Il viaggio dei gruppi con gli adolescenti spesso inizia proprio con un assente, spesso con l'assenza del membro apparentemente più motivato al percorso proposto: o dalla prima o nelle primissime sedute, qualcuno non ce la farà a prendere il via.

Il ritmo dei gruppi è continuamente segnato da una oscillazione tra l'affacciarsi e il ritirarsi, dove spesso diventa necessario far cadere le parole nel vuoto nel momento in cui la vicinanza diventa qualcosa di minaccioso e di difficile da sostenere. L'andamento del gruppo è caratterizzato dall'andare e venire, dal nascondersi all'uscire allo scoperto.

Quasi mai sono presenti tutti i partecipanti. Le presenze oscillano in maniera importante, costringendoci anche qualche volta, a fare la seduta con un solo paziente. E le assenze si alternano, come se i ragazzi si dessero il cambio in questa oscillazione, rendendola concretamente e visibilmente una posizione necessaria di questi gruppi. Gli assenti si alternano come se il gruppo stesso fosse dotato di una sorta di "bilancia interna", pronta a "pesare" i bisogni e i momenti di fatica di tutti. E' sempre in primo piano la concretizzazione di questa alternanza di presenze, le sedie vuote richiamano immediatamente questi movimenti, permettendo al gruppo di vederli direttamente e quindi di discuterli, senza poterli negare.

Importante risulterà rileggere questo alternarsi in un contesto più ampio, senza interpretarlo unicamente come una resistenza al lavoro terapeutico, consentendo così al gruppo di arricchirsi di nuovi significati e di aprirsi a nuovi percorsi di simbolizzazione.

Pensiamo alle assenze in seguito a una seduta molto intensa, dove ci si permette di raccontare sogni "*imbarazzanti*", così imbarazzanti che la necessità diviene quella di fuggire da lì, prendersi una pausa, un po' di tempo per riflettere sui contenuti emersi, per poi ritornare più forti e un po' più grandi; oppure sedute in cui ci si trova soli, dove si sperimenta forse una sorta di abbandono del gruppo tutto, esperienza che invoglia alla fuga, che immobilizza, che porta a desiderare di stare al sicuro e rimanere assenti, per l'ipotesi temuta e fantasticata di ritrovarsi soli anche nella seduta seguente. Vi sono anche sedute in cui si è "scoppiati", si è detto troppo, ci si è fatti conoscere, spinti forse da una forza che non si riconosce come qualcosa di unicamente proprio, ma che trova il suo motore proprio al centro del gruppo, forza ed energia che spaventa e costringe a prendersi delle pause. O l'assenza di chi nella seduta precedente, non ce l'ha fatta ad aprirsi con le parole che sono rimaste congelate dentro, in una seduta in cui invece l'altro si è sciolto e ha parlato, il che fa sentire diverso e non integrato o non passibile di accoglienza da parte di chi invece, si è espresso (verbalmente) esplicitamente.

L'uso che a volte ci appare quasi "scientifico" e sistematico delle assenze nel dispiegarsi dei percorsi terapeutici, ci sembra permettere agli adolescenti di vivere contemporaneamente l'espressione della propria individualità e di realizzare, paradossalmente, la costruzione della coesione gruppale. Lo sforzo della conduzione del gruppo diventa quello di mantenere il gruppo vivo e di farlo lavorare anche nelle assenze e sulle assenze, per permettere quella che in certe fasi della vita del gruppo (e della vita degli adolescenti) si impone come unica modalità e possibilità di circolazione di esperienze psichiche non altrimenti comunicabili (Correale A., et al 1995).

Dall'assenza fisica che con la sedia vuota in certi momenti si impone come metafora di abbandono e come presenza intima ed esasperata (Lukacs Arroyo, 2007), all'assenza di parole che diventa consapevolezza dello spazio terapeutico; dall'assenza dentro il gruppo, intesa come necessità di restare ai margini, all'assenza che permette agli altri presenti di occupare gli spazi della seduta; dalla negazione dell'assenza come modalità di rifiuto del conflitto e della perdita, all'assenza come modalità evoluta e sofisticata di gestione del conflitto.

Nei gruppi a tempo limitato spesso le sedie degli assenti resteranno presenti ed evidenti per tutta la vita della psicoterapia, forse a sottolineare l'abbandono e la perdita, come tutte le perdite che l'adolescente deve affrontare a partire dalla perdita delle idealizzazioni infantili, e in maniera ambivalente come tutto quello che viene tenuto fuori o che rimane fuori, le assenze vissute, come l'assenza dei genitori nella stanza e nella terapia: come sussurra Marcello in una prima seduta: "*sono loro che dovrebbero essere qui, non io*".

Nei gruppi aperti, una gran parte del lavoro sarà sui movimenti delle sedie, sarà difficile poterle togliere, come a sottolineare in certi momenti, l'impossibilità di poter tollerare e accettare l'ineludibilità del conflitto e della fine, della rabbia, e della colpa, così *“Renata può tornare se decide di poterlo fare”*, dirà Grazia che solo al secondo anno di terapia riuscirà a parlare di sua madre malata di tumore, e permettersi di accettare l'incombente assenza con cui di lì a poco dovrà iniziare a fare i conti.

E pensiamo al momento in cui riusciamo a togliere la sedia di Renata, quando ormai aveva da tempo esplicitato la sua decisione di non continuare, autorizzati dal gruppo e soprattutto da Grazia, azione che facciamo durante la seduta vivendola quindi dentro al gruppo, in una delle rare sedute dove siamo tutti presenti, e al senso di soffocamento che tutti sentiamo e che Grazia esplicita, per un cerchio che diventa di 10 sedie, ben largo ma che a dispetto degli spazi comunque ampi, sembra tenere tutti i nostri corpi appiccicati l'uno all'altro.

La prima cosa che si percepisce assente, è il corpo?

Il "corpo" è lo sfondo di tutti gli eventi psichici, come ci richiama Galimberti (1992). Il termine "corpo" qui è inteso quindi come corpo vivo e implica la presenza di una materia organizzata da una mente. I termini "corpo" e "mente" rimandano quindi strutturalmente a qualcosa di complesso, a una rete con molti nodi diversi e con diversi tipi di connessioni: un gruppo. E dato che esiste una "mente" gruppale, intesa come organizzazione diversa dalla somma degli individui che formano un gruppo, si può pensare anche a un "corpo" gruppale. Come sottolinea Ronchi (1996), si tratta di molto di più della somma di singole individualità. Ed è sul livello gruppale che si genera una sorta di auto-organizzazione capace di regolare il funzionamento dell'insieme e l'aspetto "vitale" dipende dall'organizzazione nel suo insieme e quindi dalle configurazioni dinamiche che i singoli tendono ad agire.

Date queste premesse, quando una parte del "corpo gruppale" è assente, il gruppo tutto, sente mancare una parte di sé e vede modificate le dinamiche gruppali.

I nostri sono corpi con ferite, grossi, magri, avvolti in giacche pesanti anche quando "il clima del gruppo fa sudare", corpi chiusi in se stessi quasi a voler sparire, corpi in continuo movimento, corpi pigri e corpi tesi come corde di violino, corpi pesanti, di un peso importante, così importante da non capire a volte se pesi di più la loro Presenza, o la loro Assenza!

*“Non posso credere di aver fatto tutto quello che ho fatto solo per attirare l'attenzione”*, dice Marta, durante una seduta in cui si parla di *riconoscimento*, ricordando l'anno passato in cui aveva drasticamente diminuito l'introito alimentare, perdendo quasi 20 kg in poco più di un mese. *“Magari attirare l'attenzione, no”*, risponde Margherita, *“ma far sentire la propria presenza sì, e questa ultima la si fa sentire proprio scomparendo(...) io mi accorgo di una persona e la penso nel momento in cui quella è fisicamente assente”*, continua Margherita nella sua riflessione.

Focalizzandoci ora in maniera più specifica all'interno di un percorso terapeutico con ragazze con disturbo del comportamento alimentare, ci sembra che il lavoro nel

gruppo possa permettere un'evoluzione nella percezione del sintomo e del corpo che vengono narrati soprattutto nei loro aspetti ritualistici e ambivalenti inizialmente, per essere espressi nel senso del vissuto e del significato successivamente: il sintomo così, occasione di benessere ma soprattutto di malessere comunica e dà sfogo all'implicito e sofferto legame di dipendenza nonché alla necessità di essere riconosciuti e quindi di ricercare la propria specifica identità.

Questo processo di passaggio da una condizione di dipendenza ad una di autonomia, con un parallelo processo di identificazione, pur partendo dal sintomo anoressico che inizialmente è l'unico rimando identitario che l'adolescente dà a se stessa, ci sembra ben rappresentato da un ulteriore frammento, riguardante un gruppo di 5 ragazze tra i 15 e i 17 anni.

In occasione della seconda seduta, Magda porta un sogno praticamente all'inizio: *ha sognato che il suo cagnolino stava male, sofferente probabilmente per un gran caldo, al punto di non bere né mangiare più. Lei decide di portarlo dal veterinario che riesce a far star meglio il cane trasformando il colore del suo pelo da nero a bianco in modo che assorba meno calore.*

Il sogno di Magda rimanda ai vissuti dei conduttori: lei allatta col biberon, deve costringere il cane e sa che non c'è altra scelta, esattamente come si sono sentiti i conduttori a dare da mangiare il proprio cibo terapeutico forzatamente all'inizio. La posizione dei curanti e quella delle pazienti sono in principio agli antipodi: mentre per gli altri (famiglia, medici, psicologi) l'anoressia è il problema, la malattia da curare, per l'anoressica è una risposta, è già una cura, la sola che ha trovato. Questo sogno ha assunto subito estrema significatività per il gruppo, che da esso sembra ricevere legittimazione: dopo essere state in buona misura "costrette" a venire, ora le ragazze si autorizzano al percorso terapeutico. È il gruppo stesso che costruisce i significati del sogno: il cane, che non mangia e non beve al punto tale che Magda deve dissetarlo e nutrirlo quasi con forza con un biberon, prima di portarlo dal veterinario, e quest'ultimo, che viene rapidamente identificato nel gruppo stesso: nella seduta precedente infatti la prima, Gianna presentandosi aveva sottolineato che stava frequentando uno stage in un ambulatorio veterinario e che questa sarebbe stata la sua futura professione da sempre desiderata; così dicendo veniva portata e definita in gruppo una dimensione di cura che dall'inconscio del singolo sogno si era tramutata in una comune e condivisa consapevolezza.

Emergono così progressivamente nella seduta i giochi di oscillazione nella dinamica alimentare (dal bianco/nero all'abbuffata/digiuno, al pieno/vuoto), e nella modalità di rapportarsi all'Altro; anche la soluzione alla malattia è intesa (e temuta) come passaggio da un opposto all'altro (dal sottopeso al sovrappeso), e indotta da un agente magico esterno (il veterinario che trasforma il colore del pelo, il medico che fa ingrassare).

Alla fine della seduta si affaccia il pensiero e la necessità di un'integrazione possibile, con il commento di Magda che giustamente sottolinea di non apprezzare il totale nuovo biancore del suo cane ma di voler cercare e trovare un compromesso: *"macchie nere qua e là, un po' bianco e un po' nero"*

In questi gruppi si lavora continuamente sull'oscillazione tra le polarità. Svuotando i loro corpi e ricercando un'invisibilità, le ragazze tentano di "farsi vedere", di acquisire una propria "forma di vita". Il paradosso dato dell'invisibilità per acquisire visibilità prima di tutto in famiglia, si presta ad essere il centro di un gruppo che focalizza i contenuti della prima parte del percorso, sul Sé, sull'individualità, sull'interno, per poi spostarsi sulle relazioni, sull'esserci nel mondo e non solamente come oggetto aereo, inconsistente: avviene un passaggio da un IO sola, ad un IO in relazione ma da subito attraverso un gruppo che consente loro di riprendere visibilità sociale senza dover avere la necessità di sparire, di presentarsi come vuoto controllato per tenere a bada l'orrore del vuoto emotivo ed affettivo, del vuoto di uno spazio loro mai sentito e vissuto come tale.

## BIBLIOGRAFIA

Corbella, S. (2005) Il tempo della trasformazione. Ritorno dal futuro attraverso il passato. Discontinuità e assenze: quale comunicazione? Transfert e controtransfert. [www.funzionegamma.edu/argo](http://www.funzionegamma.edu/argo).

Correale A., Neri C., Conforti S. (a cura di), 1995. Fattori terapeutici nei gruppi e nelle istituzioni. *Quaderni Koinos n..3*

Galimberti, U. (a cura di), 1992. *Dizionario di psicologia*. Torino: UTET.

Hornbacher, M. (1998). *Sprecata*, Milano: Corbaccio.

Lukacs Arroyo, C. (2007), La sedia vuota e l'abbandono. Uno studio psicologico sui dipinti di Van Gogh, [www.psicolab.net](http://www.psicolab.net).

Marinelli, S. (2004), *Il gruppo e l'anoressia*, Milano: Raffaello Cortina.

Ronchi, E. (1997), Gruppo operativo, emozioni istituzionali e cambiamento. *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*. Vol XII, n.3/4.

Salis, M., Gatta, M., Romano, S. (2010). Gruppo e adolescenza. Le assenze come modalità di gestione del conflitto. In Nicotra M.G., D'Ambrosio G.M. (a cura di) *Il lavoro clinico con gli adolescenti. Prevenzione, cura, conflitti e trasformazioni nelle istituzioni e nei contesti di vita*. Milano: Franco Angeli.

## Note sugli autori

**Maurizio Salis**, psicologo e psicoterapeuta, consulente dell'UOC Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza- Ulss 16, Padova, docente dell'Istituto di Padova della COIRAG, e coordinatore Scientifico ASVEGRA.

Mail: [maurizio.salis@sanita.padova.it](mailto:maurizio.salis@sanita.padova.it)

**Chiara Cemolin**, psicologa e psicoterapeuta Asvegra

Mail: [ccemolin@yahoo.it](mailto:ccemolin@yahoo.it)

**Silvia Riccamboni**, psicologa e psicoterapeuta Gestalt  
Mail: [silvia.riccamboni@gmail.com](mailto:silvia.riccamboni@gmail.com)

**Silvia Romano**, psicologa e psicoterapeuta Asvegra  
Mail: [silviaromano76@libero.it](mailto:silviaromano76@libero.it)

**Michela Gatta**, ricercatore in Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Padova  
Mail: [michela.gatta@unipd.it](mailto:michela.gatta@unipd.it)