

Gruppo omogeneo, tempo limitato e disturbi alimentari

Francesca N. Vasta, Marta Scoppetta

Abstract

Questo lavoro descrive alcune ipotesi sul funzionamento del dispositivo gruppale di tipo omogeneo a tempo limitato, adottato nel trattamento delle patologie alimentari e condotto da un vertice psicoanalitico di osservazione.

Il contributo è organizzato in quattro parti principali. Nella prima parte, le autrici descrivono il significato del gruppo omogeneo ed elencano i fattori terapeutici specifici che ne caratterizzano il funzionamento. Nella seconda parte, conducono un'analisi del funzionamento del gruppo omogeneo nel trattamento dei disturbi alimentari. Nella terza parte, descrivono le caratteristiche delle psicoterapie di gruppo a tempo limitato e concetti quali l'“*Episodio di Trattamento*”; discutono, infine, i principali fattori terapeutici della psicoterapia di gruppo omogeneo e le peculiarità di conduzione.

Nella parte conclusiva, le autrici descrivono la loro esperienza clinica con un gruppo omogeneo a tempo limitato per pazienti con un disturbo del comportamento alimentare, durato 9 mesi, assumendo il *sogno* come vertice privilegiato di osservazione del processo di gruppo.

Parole chiave: gruppo omogeneo, psicoterapia di gruppo, psicoterapia a tempo limitato, disturbi del comportamento alimentare

Premessa

Questo lavoro descrive alcune ipotesi intorno al funzionamento del dispositivo gruppale di tipo omogeneo a tempo limitato, adottato nel trattamento delle patologie alimentari, condotto con un vertice psicoanalitico di osservazione.

In accordo con quanto sostenuto da Corbella (2008) riteniamo che il gruppo omogeneo, rispetto a quello “misto”, faciliti i movimenti di condivisione e ponga maggiori resistenze rispetto a quelli di individuazione. Pensiamo che grazie alla predeterminazione della dimensione temporale nel gruppo omogeneo con pazienti con disturbo alimentare, possa velocizzarsi la capacità di portare alla luce elementi mentali letargizzati, inconsci, e che questo lavoro, centrato sulla dotazione di significato di questi elementi, permetta di ospitare sin dalle prime sedute una cultura di lavoro *sulle e con le* emozioni e la capacità di tollerarle e mentalizzarle¹. Con le

parole di Corbella (2008) «L'importante introduzione della variabile del tempo determinato necessita l'elaborazione della separazione, e questo stimola il movimento verso l'individuazione riducendo inevitabilmente la possibilità di stasi, a volte difensiva rispetto al cambiamento, che caratterizza l'area della fusionalità tipica del gruppo omogeneo». Questo tipo di esperienza può configurarsi come base di fiducia nei confronti dell'esperienza gruppale e del vertice psicoanalitico di osservazione, il che può facilitare in un secondo tempo l'inizio di un lavoro analitico in un gruppo *open-ended* (ibidem).

Abbiamo organizzato il nostro contributo in paragrafi pensati per accompagnare il lettore nell'esplorazione del tema proposto analizzandone precisi aspetti:

- Cosa intendiamo per "gruppo omogeneo" e quali sono i fattori terapeutici specifici che ne caratterizzano il funzionamento;
- Il gruppo omogeneo nel trattamento delle patologie alimentari;
- La psicoterapia di gruppo a tempo limitato;
- Presentazione della nostra esperienza clinica.

Il Gruppo omogeneo

Il *Gruppo Omogeneo* è una particolare tipologia di gruppo terapeutico caratterizzato dalla presenza di persone che condividono lo stesso tipo di sintomo, diagnosi o tipologia di problema; l'omogeneità costituisce pertanto una caratteristica fondante di questa tipologia di esperienza terapeutica laddove è però opportuno ricordare l'impossibilità, ampiamente chiarita in letteratura, di operare una distinzione netta tra il funzionamento del gruppo omogeneo e quella del gruppo classico: il gruppo omogeneo può attraversare fasi specifiche del gruppo eterogeneo e viceversa (Vasta, 2004). L'omogeneità costituisce pertanto un mezzo di selezione per il gruppo, tenendo ben presente che «soffrire di sintomi simili o comportamenti simili, non significa necessariamente essere simili a livelli più profondi ed inconsci» (Hinshelwood in Vasta 2004). Kibel (in Vasta, 2004) afferma che «un gruppo terapeutico può definirsi omogeneo quando ha un unico o alcuni obiettivi mirati, scopi o funzioni» specificando che la comunanza di un'esperienza può essere una funzione che se utilizzata nel modo giusto può divenire terapeutica e promuovere la scoperta del Sé. Ciò fa riferimento alla funzione che l'omogeneità può assumere all'interno di un gruppo *preconcepito* (Bion, 1961) e con un tempo definito, nella creazione di un campo di elementi comuni che faciliti lo svolgimento di un processo di cura; la presenza di persone affette da una problematica simile alla propria rende i partecipanti meno restii ad entrare in relazione reciproca e grazie alla possibilità di condividere i propri vissuti e il proprio dolore con persone capaci di comprenderlo potrà sollevarsi da una condizione di solitudine e procedere verso la possibilità di rielaborare uno spazio personale in cui sia possibile recuperare un rapporto autentico con se stessi (Vasta, Caputo 2004). Come riassumono Costantini e Sparvoli (2000) «il vantaggio della composizione omogenea sarebbe quello di favorire una più rapida

coesione e sostegno tra i membri, una più assidua frequenza alle sedute, un clima di minor conflittualità, un passaggio più veloce attraverso gli stadi iniziali del gruppo e, quindi, maggiore tempo a disposizione per gli stadi centrali di vero e proprio lavoro sui problemi condivisi. Tutto questo avrebbe conseguenze positive su un più veloce sollievo dai sintomi».

Nello sforzo di individuare delle *funzioni specifiche dei gruppi omogenei* R. Friedman individua tre peculiarità (in Vasta 2004): «la possibilità di fornire ai partecipanti un senso di sicurezza rispetto all'ansia di iniziare, appartenere e partecipare ad un gruppo»; «la protezione fornita rispetto alle ansie sollevate da temi di inclusione perdita controllo e intimità» e «(la) speranza di apprendere da coloro che sperimentano gli stessi problemi e sopportano lo stesso dolore» cui si aggiungono «i sentimenti di profonda e immediata comprensione che si instaurano dalla consapevolezza di esperienze condivise» e «il venir meno del timore di sentirsi giudicato o rifiutato per la patologia di cui si è portatori», elemento quest'ultimo importante nella fase di costituzione del gruppo e di accesso ad un'esperienza terapeutica (è opportuno ricordare l'elevato timore del giudizio che caratterizza i nostri pazienti con disturbo alimentare, vedi Crane et al. 2007). L'omogeneità porta al gruppo altre specifiche funzioni come la possibilità di comportarsi come un *contenitore di tipo specializzato* e/o un *mediatore* (Marinelli, 2004b); il gruppo si comporta come contenitore di tipo specializzato quando attiva una funzione di scambio trasformativo (come fra la mente della madre e il bambino): ciò può avvenire in virtù sia della relazione di reciprocità che è capace di offrire (l'omogeneità reciproca fa esistere una patologia che fino alla *preconcezione* del gruppo poteva essere vissuta come segreta o incerta) sia della capacità di far emergere fantasie di indistinzione connesse all'elemento unificante (Corbella et al., 2004); la funzione di *mediatore* consiste invece nella capacità di facilitare l'emergere di elementi primari della situazione mentale del gruppo che divengono dunque oggetto del lavoro di gruppo.

Se da un lato, l'omogeneità è all'origine del processo di *rispecchiamento*², capace di originare nel campo gruppale le tre funzioni distinte di *commuting*, *risonanza* e *narrazione efficace*³, dall'altro agisce come *contro-campo*⁴ rispetto a tutto ciò che è esterno, diverso, mancante, non omogeneo con l'interno del gruppo: la presenza di elementi in comune, vissuti come aggreganti, facilita infatti lo spostamento del dialogo sugli elementi opposti autorizzando i primi movimenti psichici (Marinelli, 2004b). Infine l'omogeneità assume una funzione affettiva: l'esistenza del gruppo e di una problematica in comune legittima ciò che esiste «ritenuto speciale e tale da formare una unità particolare, ad opera di chi lo ha fondato» (Marinelli, 2004b) nel senso di quello che possiamo anche definire un'appartenenza speciale.

Gruppo omogeneo e disturbi del comportamento alimentare: il gruppo come contenitore/corpo

Le funzioni terapeutiche sopra descritte rendono il gruppo omogeneo particolarmente indicato in tutte quelle condizioni psicopatologiche caratterizzate da fragilità del Sé, scarsa autostima, difficoltà nelle relazioni interpersonali e ritiro sociale, aspetti descritti in letteratura⁵ come caratteristici delle persone che si ammalano di disturbi del comportamento alimentare: «la monosintomaticità [...] favorisce l'uscita dalla solitudine angosciante e alienante, dal sentirsi un "mostro" [...]. Se all'inizio del gruppo i membri si riconoscono grazie al sintomo, è grazie al gruppo e alla terapia che potranno riconoscere che al di là del sintomo vi è un'identità unica che ha bisogno di esprimersi, senza alcun espediente. Lo spazio gruppale dà la possibilità di rielaborare lo spazio personale, al contrario di quanto potrebbe accadere in un setting duale, in cui ci si potrebbe sentire invasi dalla figura del terapeuta, vissuta come figura genitoriale» (Vasta, Caputo 2004).

In riferimento all'ipotesi sulla presenza di un'inadeguata integrazione della relazione mente/corpo all'origine dei disturbi del comportamento alimentare, la psicoterapia di gruppo appare utile per lavorare sul processo di re-integrazione laddove, rifacendosi a quanto afferma Marinelli (2004a) «il gruppo, concepito come corpo (Anzieu 1976), come organismo dotato di funzioni ed esperienza corporee e di evoluzione pensante (Bion, 1961) immette il paziente anoressico nel fulcro della sua metà negata (*il corpo*) e si collega con quelle vicissitudini che avevano causato la negazione e il rifiuto.»

La posizione del conduttore nel gruppo omogeneo con pazienti con disturbo alimentare: assunto di base anoressico ed inclusione dell'analista nel gruppo

Nel libro *Il gruppo e l'Anoressia*, Marinelli fornisce un modello teorico clinico che aiuta a comprendere perché il setting di gruppo costituisca un trattamento particolarmente indicato nella cura di pazienti affette da anoressia e bulimia.

Una qualificazione specifica del dispositivo gruppale è rappresentata dalla posizione che viene assunta dal conduttore. Ci riferiamo all'idea di derivazione bioniana secondo cui l'analista del gruppo per primo compie un esercizio mentale, fondante l'esperienza, di tollerare ciò che proviene dal campo gruppale senza – di volta in volta- attivarsi nella proposizione immediata di una qualche interpretazione o risposta saturante il campo. Riteniamo infatti che il conduttore debba porsi come garante della *non saturazione* del campo gruppale evitando così anche una possibile forma di collusione con quell' "assenza di pensabilità" che è fra gli elementi caratterizzanti la posizione mentale di coloro che soffrono di un disturbo alimentare. Tollerare un vuoto germinativo si pone così in feconda antitesi al vuoto deprivante l'esperienza umana.

Questo vuoto deprivante ci introduce a quanto Marinelli ipotizza quale elemento specifico e peculiare del campo del gruppo monosintomatico per il disturbo del comportamento alimentare e che definisce come gruppo in assunto di base anoressico e bulimico: «propongo che un modello possibile per l'analista sia quello di

essere e ritenersi “incluso”, lavorando da un vertice duplice, secondo una concezione dello spazio del gruppo che preveda la confusione del dentro-e-fuori e veda in modo binoculare l’urgenza del tempo: compresso e dispiegato, immobile e infinito, intero e frammentato etc., e consideri questi elementi tali da permeare tutta la sua vicenda.» L’assunto di base anoressico e bulimico si realizza in virtù della possibilità che il gruppo ha avuto di sviluppare una cultura e una mentalità connesse con le proprie fantasie arcaiche e legate al modello alimentare primitivo (ingestione-espulsione, incorporazione-sparizione, smembramento-rinascita).

Marinelli spiega il concetto di *analista incluso* facendo riferimento al desiderio portato dal gruppo, fin dagli esordi della sua costituzione, che l’analista diventi «una fonte di verità specializzata, contenente la cura, lo spazio, il tempo la parola e la generazione, a patto che questi elementi fossero concepiti come già esistenti e posseduti dal gruppo stesso: sarebbe bastato accedervi, impadronirsene. Oppure anche, all’opposto, quei dati erano concepiti come reclusi in uno spazio negato, inaccessibile e idealizzato, che non si sarebbe potuto mai annettere o incorporare». Laddove la paziente anoressica presenta una condizione di ritiro e arroccamento narcisistico per cui spazio, tempo e l’altro all’interno di Sé sono negati, il gruppo, per rinascere, chiede all’altro-analista di essere incluso “per riscattare una fantasia potentissima di essere e, insieme immaginare il contrario”.

In un altro lavoro (Girelli, Vasta 2010) sono stati precisati alcuni punti sulla disciplina mentale seguita dal conduttore al lavoro nel gruppo valorizzando la capacità di non considerare i movimenti psichici individuali e gruppali alla luce di scenari dotati di senso preconstituito.

Non saturare il campo non significa però aderire ad una posizione di inerte immutabilità nei confronti del vuoto anoressico bulimico, infatti il conduttore deve tener presente che l’omogeneità alimentare costituisce un mezzo all’avvio del lavoro in gruppo laddove il passaggio a stadi di maggiore differenziazione costituisce un importante momento evolutivo nel processo gruppale. Ciò può avvenire mediante ciò che Kaës (1976) ha chiamato *oscillazioni isomorfe-omomorfe*, con riferimento ovvero al movimento oscillatorio che tende verso trasformazioni da quelle condizioni in cui il gruppo è pervaso da uno stato di fusionalità, che vede nel disturbo alimentare l’origine e il fattore di mantenimento, a quelle condizioni di elaborazione delle differenze verso un processo di individuazione.

Il Gruppo a Tempo Limitato

Con la terminologia di Gruppo a Tempo Limitato si intende una psicoterapia di gruppo in cui il termine del trattamento e il numero delle sedute (generalmente compreso tra 12 e 70) sono prestabilite fin dall’inizio della terapia, comprendendo in genere un periodo complessivo variabile tra pochi mesi e due anni (Costantini e Sparvoli, 2000). La definizione del termine della terapia fin dall’inizio del trattamento differenzia le Terapie a Tempo Limitato dalle Terapie Brevi,

caratterizzate quest'ultime da una durata ridotta (meno di 25 sedute o di sei mesi) che si propone di realizzare obiettivi specifici nel più breve tempo possibile (Budman et al., 1994; Mann, 1973). La presenza di un limite di tempo prestabilito, caratteristica fondante della Terapia di Gruppo a Tempo Limitato, sembrerebbe «favorire una maggiore *densità* del tempo di lavoro e una più rapida applicazione nelle circostanze esterne della vita, di quanto appreso all'interno del gruppo» (Costantini e Sparvoli, 2000); come se l'uso deliberato della dimensione temporale, cui il conduttore deve sempre riportare l'attenzione del gruppo, diventi un mezzo per accelerare e concentrare il processo terapeutico.

Le terapie di gruppo a tempo limitato si suddividono in quattro grandi categorie: Gruppi di Abilità Sociale, Gruppi con focus Cognitivo, Gruppi Interpersonali di supporto e Gruppi Interpersonali Esplorativi, caratterizzati da un orientamento interpersonale e psicodinamico che faciliti un lavoro attivo e di introspezione tra i partecipanti con l'obiettivo di raggiungere una riduzione della sintomatologia invalidante ed un processo di cambiamento nella modalità di relazione e nel carattere (Yalom, 1997).

Oltreché rappresentare una forma di trattamento che risponde bene alle richieste economiche delle aziende sanitarie (Marinelli, 2004b), la psicoterapia di gruppo a tempo limitato trova indicazione come *Episodio di Trattamento* (Budman e Gurman 1988) all'interno di un processo di cura più globale e più ampio, quale spesso richiesto per patologie psichiatriche croniche (Costantini e Sparvoli, 2000). Tra le strategie di base raccomandate da K. R. MacKenzie (1997) per le terapie a tempo limitato troviamo una selezione molto accurata dei pazienti e l'impiego di uno stile di conduzione attivo, finalizzato alla realizzazione di un clima terapeutico che comprenda uno spazio personalizzato per i singoli pazienti in connessione tra loro e una mobilitazione di risorse interne ed esterne al setting che aiutino a consolidare i cambiamenti positivi. Ciò sembrerebbe in contraddizione con quanto da noi affermato nel paragrafo precedente, ci sentiamo però di esplicitare che noi parliamo di posizione e disciplina mentale del conduttore caratterizzante la sua formazione pregressa e continua e che egli dovrebbe saper attivare in riferimento a specifici momenti della vita grupale. In determinate circostanze, questo non esclude la possibilità, in un gruppo a tempo limitato, che il conduttore si avvalga di uno stile di comunicazione più immediato.

Costantini e Sparvoli (2000) mettono in rilievo, quali Fattori Terapeutici più importanti all'interno di una terapia di gruppo a tempo limitato, la selezione dei pazienti, la preparazione pre-gruppo, l'identificazione di un focus della terapia, la composizione del gruppo, l'importanza della fase di fondazione del gruppo, il ruolo del conduttore e l'atteggiamento nei confronti del tempo.

L'accuratezza applicata alla selezione dei partecipanti al gruppo appare pertanto molto importante e dei criteri ben definiti di controindicazione al trattamento in gruppo sono stati suggeriti da MacKenzie (1990) Piper Perrault (1989): il rifiuto manifesto ad effettuare una terapia di gruppo; la presenza di condizioni quali disturbi

psicotici in fase attiva (con agitazione psicomotoria o comunque per cui appare più indicato un ambiente a bassa stimolazione); pazienti paranoidei, con una depressione molto grave (per cui sarebbe richiesto al gruppo un lavoro troppo gravoso); inoltre un gruppo esplorativo a tempo limitato è controindicato per pazienti privi di *insight*, capacità comunicative e sensibilità interpersonale ed è sconsigliabile per tutti quei pazienti che verrebbero penalizzati da un approccio terapeutico attivo o che, non potendo assicurare una frequenza regolare agli incontri, finirebbero per compromettere lo sviluppo della coesione di gruppo.

La conduzione di un gruppo omogeneo a tempo limitato richiede al conduttore un'attività più intensa e più specializzata di quella che dovrebbe realizzarsi in un gruppo *open-ended* con il fine di favorire fin dai primi incontri la costituzione di uno spazio di lavoro; laddove l'omogeneità favorisce l'entrata in gruppo e i movimenti di fusione e condivisione all'interno dello stesso, la dimensione temporale aiuta ad emergere dalla fusionalità iniziale, laddove una permanenza protratta in quest'area risulterebbe controproducente nei confronti della cura, e accelera i movimenti gruppali verso l'elaborazione della separazione e l'individuazione (Corbella, 2004). La pre-determinazione del termine promuove un *vettore intenzionale*⁶ funzionale ad ottenere una mobilitazione precoce di processi terapeutici (Fasolo, 1992) e fornisce al gruppo in questione la possibilità di raffrontarsi subito con una variabile significativa, il tempo appunto, che obbliga il gruppo a confrontarsi con l'attesa ed il futuro: «Il senso del limite [...] offre la possibilità di esplorare a diversi livelli, nel rispetto delle differenze tra i singoli partecipanti, la dimensione temporale in tutte le sue sfaccettature dalle origini arcaiche al suo significato simbolico e anche l'opportunità di affrontare temi come la separazione, l'individuazione, la solitudine e la morte» (Corbella, 2004).

Accanto alla necessità di una conduzione più attiva i gruppi a tempo limitato si caratterizzano per la presenza di un *focus* della terapia, che sarà diverso a seconda della tipologia di pazienti trattati e dei bisogni emergenti nonché dell'ambito istituzionale in cui il gruppo ha luogo; ogni gruppo analiticamente orientato ha come obiettivo la capacità di mentalizzare⁷, ovvero «di rendere il gruppo un luogo di incontro che attivi o ri-attivi a diversi livelli la capacità di pensare e sognare di gruppo e in gruppo in tutte le possibili articolazioni» (Corbella, 2003, 2004).

L'esperienza clinica: Il gruppo omogeneo a tempo limitato per pazienti con disturbo alimentare⁸

Dopo aver passato in rassegna i principali modelli teorico-clinici che hanno orientato il nostro lavoro, presenteremo adesso la nostra esperienza clinica.

La nostra ipotesi di lavoro è centrata sull'idea che la formazione di un gruppo inizi mediante la *preconcezione*⁹ (Bion, 1963) di uno spazio adatto a quel gruppo cui segue solo in un tempo successivo l'incontro con il gruppo reale (Marinelli, 2004a).

Da molto tempo, prima dell'inizio del gruppo, si era sviluppato un dialogo tra il conduttore del gruppo¹⁰ e il committente istituzionale, circa la possibilità di attivare un gruppo omogeneo a tempo limitato per pazienti con disturbo alimentare¹¹. Nel tempo il dialogo si era fatto più intenso ed era nata l'idea di inserire nel gruppo anche uno specializzando come osservatore silente¹², presenza quest'ultima che occupandosi personalmente di seguire i controlli medici e dietologici delle pazienti, avrebbe permesso di proteggere la transizione delle pazienti da un'area di cura specificamente medica ad una più squisitamente psicoterapica, costituendo così di per sé un elemento di strutturazione del setting che sostenesse "concretamente" la dimensione d'integrazione tra mente/corpo.

L'inizio del gruppo è stato preceduto da quattro colloqui individuali, che prevedevano la presenza di conduttore e osservatore. Attraverso la costruzione di questo primo spazio di *incontro* si tentava di garantire un luogo di accoglimento delle rappresentazioni delle realtà affettivo-relazionali portate da ogni paziente per tentare di individuare se il gruppo omogeneo a tempo limitato costituisse uno strumento terapeutico adatto ad ogni partecipante. Tutte le pazienti incontrate in questa fase iniziale erano state inviate da un unico committente, dunque la selezione era in parte già avvenuta: si trattava di giovani donne che avevano già esposto il loro desiderio di curarsi e per molte di loro il gruppo costituiva il seguito ad un percorso di psicoterapia individuale. Tra le pazienti incontrate per la valutazione iniziale ne sono entrate nel gruppo sette mentre quattro pazienti che avevano partecipato ai colloqui sono state indirizzate verso un progetto terapeutico più idoneo alle loro necessità¹³.

La particolarità di un lavoro basato sull'omogeneità per disturbo del comportamento alimentare imponeva inoltre una particolare attenzione all'esclusione di problematiche alimentari secondarie ad altra condizione severa psichiatrica. Si è cercato di accogliere con cura le fantasie presentate da ognuna rispetto al gruppo e alle difficoltà individuali, tenendo ben presente che proprio per la fragile stima di Sé che caratterizza queste pazienti, un eventuale *drop-out* può esporre a sperimentare anche nel campo della cura un vissuto di fallimento deleterio per la cura stessa e che una preparazione adeguata attraverso i colloqui preliminari può diminuire il tasso di *drop-out* e favorire lo sviluppo più rapido di una coesione di gruppo e di un'evoluzione più dinamica del lavoro interpersonale all'interno del gruppo (Mac Kenzie, 1990; 1997).

Il Gruppo

Si è dunque costituito un gruppo composto da 9 persone: 7 pazienti, conduttore e osservatore. L'omogeneità del gruppo era definita sia dalla partecipazione di persone con una storia clinica di disturbo del comportamento alimentare che dalla particolarità che fossero tutte donne e di giovane età, compresa tra i 20 e i 35 anni. La nostra ipotesi era che le suddette caratteristiche di omogeneità insieme alla dimensione temporale, implicita all'interno di una terapia di gruppo a tempo limitato,

potessero favorire un'accelerazione dei processi di gruppo e consentire un lavoro focalizzato sulle tematiche identitarie¹⁴ e sul funzionamento interpersonale (*focus* della terapia).

Il Setting

Gli incontri, della durata di 90 minuti, avvenivano una volta a settimana e si sono tenuti per 9 mesi all'interno di una stanza messa a disposizione dall'Istituzione. La terapia di gruppo era oggetto di una supervisione quindicinale con una psicoanalista di gruppo¹⁵.

Il sogno come sistema di auto-rappresentazione

Allo scopo di descrivere alcuni momenti che hanno caratterizzato la vita del gruppo, abbiamo scelto di utilizzare come vertice d'osservazione *il sogno*, giacché riteniamo che il sogno sia in grado di chiarire la situazione di gruppo, presentandosi come una riflessione inconscia delle sue vicende (Pines, 1999).

Mutuando il pensiero di Neri (2004) è possibile affermare che l'elaborazione di stati emotivi individuali e gruppali avviene anche grazie all'insieme dei *Sistemi di Auto-rappresentazione* e di determinazione di senso utilizzati dal gruppo, cui è dato il nome di *Semiosfera*¹⁶. Uno dei principali sistemi di auto-rappresentazione del gruppo è il *sogno* che, non più inteso esclusivamente come un prodotto da interpretare, assume la funzione di espressione, ad un livello in parte già elaborato, di quanto accade nel mondo interno e nella situazione analitica aggiungendo alla valenza individuale quella di gruppo; compito del conduttore del gruppo è non tanto l'interpretazione del sogno quanto facilitare la presenza di spazi aperti di elaborazione di cui il gruppo può usufruire. Il sogno, come del resto ogni intervento dei singoli partecipanti, conserva la dimensione individuale di chi lo porta cui si aggiunge il significato di cui si avvale all'interno del processo gruppale che ne viene a sua volta arricchito.

Costruzione del contenitore gruppale

Attraverso il racconto e il commento di alcuni sogni che hanno profondamente segnato la vita del gruppo che abbiamo sopra presentato, tenteremo di mettere in luce il percorso del gruppo da un primo stato di fondazione e costruzione del contenitore caratterizzato da momenti di indistinzione e fusionalità al transito verso una dimensione di maggiore individuazione.

Primo sogno:

Una paziente durante la terza seduta racconta: “*Stavo facendo un safari in Africa con altre persone, ero inseguita da un animale feroce, una belva...correvo per cercare di*

sfuggirne, mi facevano male le gambe, mi svegliavo spaventata e non ricordavo la fine del sogno, tentavo di ricordare ma non ci riuscivo”.

Il gruppo associa a questo sogno, seguono racconti di memorie smarrite recuperate attraverso l’ascolto dell’altro, una paziente afferma: “Anche io prima di iniziare il gruppo non ricordavo i sogni, adesso stranamente me li ricordo, ma non so se la cosa mi piace!”. Sembra emergere una condizione che riguarda l’intero gruppo che si sente attaccato dalla comparsa delle emozioni di fronte alle quali compare l’impulso alla fuga che viene rappresentato molto chiaramente nel sogno.

Lo spazio concesso alle emozioni è ancora uno spazio limitato caratterizzato dal prevalere di una dimensione molto sensoriale del proprio dolore (dolore alle gambe), in questo momento della vita del gruppo, il gruppo sta iniziando a costruire un contenitore che possa intendersi anche come necessità di dare vita/origine ad un corpo capace di trasformare le sensazioni in emozioni e cognizioni a loro volta trasformabili in ricordi.

Gruppo, corpo, mostruosità: il gruppo come sistema in risonanza

Alla costruzione del *contenitore* si è affiancata da parte del gruppo la capacità di diventare un *sistema in risonanza*¹⁷ (Foulkes,1948), caratterizzato da un buon grado di elaborazione emotiva per cui i membri appaiono uniti da un forte contatto emotivo e capaci di cogliere e tollerare emozioni reciproche. Attraverso il racconto del sogno di Z. viene affrontato il tema del sentirsi mostruosa cui si affianca un altro tema cruciale, quello della cura attraverso il dolore.

Secondo sogno:

Z. era in casa sua, vedeva una lesione sulla propria schiena si era convinta di aver contratto la scabbia; terrorizzata dalla possibilità di contagiare il figlio, aveva deciso di medicarsi da sola incidendo la lesione con un ago e medicandola con un prodotto antiscabbia che il marito era stato costretto ad andarle a comprare di notte. Tale medicazione provocava una reazione allergica al prodotto ed un’infezione con reazione febbrile per cui Z. era costretta a stare a letto e a prendere gli antibiotici destando la preoccupazione di marito e familiari che si prendevano così cura di lei. Era spaventata ma anche contenta che tutti si occupassero di lei. Nel corso della stessa seduta Z. porta nel gruppo altri timori rispetto al “contagio” del proprio figlio di 5 anni: è terrorizzata dalla possibilità che possa a sviluppare anche lui un disturbo del comportamento alimentare; dice di essere terrorizzata perché teme di scoprire di non essere una buona madre.

La mostruosità di cui parla Z. (“credevo di avere la scabbia e provavo schifo al pensiero che ci fosse un parassita dentro di me/terrore di essere sbagliata”) è qualcosa che il gruppo conosce bene. L’immagine di Z. che ricorre all’ago per curarsi da sola porta il gruppo a riflettere sulle esperienze traumatiche che hanno segnato la propria vita e sull’esigenza di ricontattare un’area traumatica per riappropriarsi dello stesso corpo come se l’unico mezzo per riappropriarsi di un corpo esperienziale stia nel

sentire attraverso il dolore quello stesso corpo che ha subito il trauma. Il gruppo resta diverse sedute sulla tematica della necessità di maltrattare e curare il corpo come modalità per riappropriarsi del proprio corpo.

Attraverso questa narrazione il gruppo, sta peraltro esprimendo anche le proprie fantasie su ciò che accade al gruppo stesso: attraverso il racconto del sogno dell'autocura della lesione sulla schiena, il gruppo parla anche delle proprie difficoltà ad andare avanti, rinunciando ai tentativi di autocura, ma affidandosi (tematica molto bene espressa in un'intera seduta dominata dal racconto dei rapporti difficili e contrastati di ognuna con le proprie sorelle); difficoltà naturale nei primi periodi di vita di un gruppo che in questo si arricchisce della problematica che qualcosa di lesionante per il gruppo sta realmente avendo luogo "alle sue spalle": in accordo con altri medici della stessa istituzione un'altra paziente L. ha ricevuto l'indicazione ad essere ricoverata presso una struttura residenziale, informando solo all'ultimo le terapeute del gruppo. Com'è facile immaginare, la partenza di L. dal gruppo, avvenuta dopo otto sedute e comunicata al gruppo da L. stessa solo la seduta prima di andare via, ha favorito la circolazione di angoscia, inquietudine, rabbia e dispiacere all'interno del gruppo alimentando peraltro uno stato di allerta paranoica che ha permesso di ipotizzare che il gruppo stia cominciando a darsi la possibilità di elaborare una separazione in vista dell'interruzione Natalizia.

Decimo sogno:

T. racconta un sogno fatto la sera precedente alla seduta. La madre di T. è morta; lei deve prendersi cura del padre (cucinare, stirare, provvedere alle faccende domestiche) che è rimasto solo e pur sentendosi profondamente sconsolata non riesce a tirare fuori il proprio dolore e si mantiene apparentemente normale. Si sorprende di vedere suo fratello che continua a fare le stesse cose come se niente fosse. In un'immagine successiva T. scoppia in un pianto disperato.

In seguito al racconto del sogno, da parte di T., J. appare molto turbata e viene invitata a condividere la sua condizione: piangendo racconta allora l'esito preoccupante di una visita da uno specialista e porta in gruppo la paura di morire, il senso di colpa per come si è trattata e la preoccupazione di comunicarlo a suo padre che, poco fiducioso in lei, la vedrà già morta. Suo padre infatti non si è mai fidato di lei e crede che lei non sia in grado di combinare niente. J. ricorda il modo in cui lei ha reagito alla morte di sua mamma. Anche lei, come T. nel sogno, non riusciva ad esternare a nessuno la sua sofferenza e si preoccupava di aiutare gli altri, ma sentiva un dolore fortissimo dentro. Al momento della sepoltura, mentre le persone intorno piangevano, J. non sapendo cosa fare per superare il suo stato interno, aveva preso dei fiori ed aveva iniziato a metterli intorno alla tomba esattamente come la madre le aveva insegnato a fare quando erano andate insieme al cimitero a trovare i nonni. Le persone intorno si erano meravigliate ed avevano fatto affermazioni sulla forza e sulla serenità di J., ma solo lei sapeva ciò che aveva dentro e che si porta dentro ancora. Ripercorre i periodi in cui, pur di reagire a questo dolore, aveva iniziato a fare uso di sostanze per sentirsi una persona normale, distruggendo il proprio corpo. Il racconto

di J., possibile grazie alla presenza di un dispositivo gruppale capace di rappresentarsi, in questa occasione attraverso il sogno di T., ciò che J. non può pensare, suscita la commozione generale.

Successivamente, nella stessa seduta, il gruppo associa alcuni sogni dove non è l'altro a morire ma la sognatrice stessa. Il riemergere di una vitalità perduta o dimenticata porta con sé anche il riaffiorare di elementi traumatici e di angosce di morte che richiama al *complesso della madre morta* teorizzato da A. Green (1983). Nella maggior parte delle pazienti con disturbo del comportamento alimentare, la coppia vivo/morto è associata al rapporto mente/corpo che grazie alla possibilità di un lavoro di metabolizzazione avviato dal gruppo è oggi meno marcato: tutte le pazienti riportano di avere beneficio dalla partecipazione ad attività sportive come se queste, ora svolte in maniera equilibrata e non compulsiva con l'unico intento di perdere peso, fossero diventate parte del proprio progetto di cura, come se il gruppo avesse iniziato ad operare un processo di *metabolizzazione delle emozioni*.

Circolarità, trasformazione, molteplicità

Il diciannovesimo sogno, portato al gruppo compie un processo di metabolizzazione per il gruppo permettendogli così di affrontare un nuovo momento molto importante, la condivisione di un lutto: *“Sono in una stanza, insieme al mio ragazzo. Ho un rasoio in mano e mi taglio...esce molto sangue ma il mio ragazzo sembra non accorgersene finché ad un certo punto mi affloscio”*. Il gruppo è invitato a condividere le associazioni al sogno e J. inizia a raccontare quanto le era accaduto il giorno della scomparsa della madre: racconta che stava giocando nella sua stanza quando ha sentito un urlo che proveniva dalla camera della mamma.

J. decide di condividere con il gruppo qualcosa che dice di aver tenuto nascosto per tanto tempo perché per lei spaventoso e innominabile il giorno della scomparsa della madre. Ripercorrendo nei dettagli la morte della mamma: dall'urlo sentito mentre guardava la televisione, alla vicinanza per ore alla salma, può finalmente sperimentare ciò che non ha mai avuto: la condivisione di uno dei momenti più traumatici della sua vita ora divenuto un lutto del gruppo. J. ha utilizzato il gruppo come *mediatore* per elaborare il suo lutto ma allo stesso tempo, fornendo al gruppo il *mediatore* per attraversare traumi, difficoltà e lutti in maniera diversa, J. ha introdotto la possibilità di realizzare una separazione senza ricorrere a modalità espulsive, processo necessario per poter anche procedere nella conclusione del gruppo. Ciò conferma la possibilità che il gruppo si sta dando (alla XXXIII seduta) di transitare da una dimensione generativa. Il gruppo, contenitore solido e trasformatore è divenuto capace di rappresentarsi un lutto come quello di guardare il taglio e il sangue presenti nel sogno di T. e di ascoltare l'urlo della mamma di J.; il contenitore gruppale ha acquisito la funzione paterna/garante/protettrice necessaria per realizzare una transizione all'età adulta così come alla separazione e all'imminente termine del gruppo stesso¹⁸.

Conclusione del Gruppo

Com'è facile immaginare, la peculiarità di essere un gruppo a tempo determinato ha fatto sì che man mano che ci si avvicinava alla conclusione dell'esperienza, il processo terapeutico del gruppo si orientasse soprattutto su tematiche di perdita e separazione; proprio a causa della consapevolezza del termine e delle emozioni ad essa connesse, le ultime sedute forniscono al gruppo l'opportunità di affrontare in modo efficace problematiche anche più antiche.

In maniera spesso implicita il gruppo ha lavorato sul timore dell'abbandono sull'elaborazione del lutto così come espresso dal sogno precedente, ma ha anche dimostrato di essersi evoluto nella capacità di dar vita a progetti nuovi prima di terminare qualcosa: ciò è ben espresso dallo stato di gravidanza in cui si trova una paziente del gruppo e dalla capacità di ogni paziente di accostare iniziative personali di cura a progetti di realizzazione professionale, espressione del consolidamento di capacità accuditive come ben rappresentato dal sogno portato da J. per il gruppo in occasione del penultimo incontro: *“Sono insieme ad una bambina -assomiglia a me da piccola - e io devo accompagnarla da qualche parte proteggendola dalle mille difficoltà che incontriamo...ci sono stradine strette e vicoli bui so che il mio compito è quello di proteggerla, incontriamo un gruppo di musicisti che suona strumenti che non ho mai visto prima, ma la musica è bella ci fermiamo a ballare, uno dei musicisti regala alla bambina un tamburo a forma di conchiglia , ma io mi accorgo che il tamburo è anche un orologio, segna le 18 (n.d.a. ora consueta di conclusione della seduta)”*.

Separazione e Nascita

La condizione di gravidanza di una paziente, comunicata al gruppo in prossimità della sua conclusione, viene accolta dal gruppo con entusiasmo e gioia proprio come se costituisse anche l'espressione della fecondità e della capacità generativa del gruppo. L'immagine di Z. incinta e a sua volta circondata dal calore delle altre partecipanti si presta molto bene a rappresentare lo stato in cui si trova il gruppo in prossimità della sua conclusione, impegnato, ora che il contenitore è solido, nell'elaborazione di una separazione verso l'individuazione, e nel fare i conti con la propria generatività e con la transizione ad una nuova fase evolutiva.

Durante l'ultima seduta la paziente che aveva condiviso nel gruppo il racconto del lutto materno indossa un anello della madre, che non aveva mai avuto il coraggio di portare.

L'anello al dito, come il bambino nel grembo, costituiscono un ulteriore elemento di *auto-rappresentazione grupitale*: il gruppo appare ora ricco di legami, di circolarità degli affetti e di generatività, riscontrabile quest'ultima nel *discorso* personale di ogni partecipante che porta a noi curanti la domanda di poter “pensare” al proprio percorso

terapeutico e ci chiede di poterne riparlare. Dopo un arco di tempo di circa 2-3 mesi, il maggior numero delle pazienti ci chiederà di poter continuare un percorso terapeutico che si declinerà a seconda dell'analisi della domanda in un setting bimodale o gruppale, che in questa nuova fase di cura non prevedrà sin dall'inizio un tempo prestabilito.

Concludiamo con il sogno di una paziente portato durante un colloquio dopo la fine del gruppo, la paziente aveva portato la domanda di poter continuare la sua terapia di gruppo:

K. chiedeva alla direttrice della scuola dove sta ultimando la sua formazione come esperta di moda di portarla in un'altra scuola per fare da modella e farsi fare una pettinatura su misura adatta al suo viso da altre sue colleghe esperte nel campo, ma che lei non aveva mai visto. Era timorosa per il risultato ma anche entusiasta perché sentiva di potersi fidare.

Note

¹ «Per capacità di mentalizzare intendiamo la capacità di simbolizzare, di collegare i propri malesseri a trame di pensiero, di creare strutture mentali aperte a nuove significazioni» (Pontalti et al., 2000).

² Cfr. Lacan, J. (1949); Winnicott, D.W. (1965).

³ Il termine *commuting* fa riferimento ai commuting trains, treni-navetta per pendolari che trasportano quotidianamente i passeggeri tra due città o tra le periferie e la metropoli; C. Neri (2004) lo utilizza per indicare «l'insieme di funzioni che presiedono al passaggio e alla trasformazione di elementi dalla sfera dell'individuo a quella del gruppo e viceversa». Affinché trovino un livello appropriato di elaborazione all'interno di una terapia di gruppo, i problemi dell'individuo devono essere infatti affrontati nel campo del gruppo; ciò può avvenire mediante il *commuting*, che a sua volta comprende il *racconto efficace*, modalità intenzionale e particolarmente creativa e la *diffusione trans-personale*, modalità non intenzionale ed inconsapevole. Sinteticamente una *narrazione efficace* è quella capace di far entrare chi ascolta in rapporto con emozioni, pensieri e sentimenti presenti nel campo del gruppo; la *diffusione trans-personale* di stati mentali avviene invece in maniera involontaria come potrebbe fare un gas, attraversando le barriere costituite dalla "pelle mentale" e dai confini dei gruppi.

⁴ Concetto proposto da S. Marinelli (2004b) per descrivere una delle funzioni dell'omogeneità del gruppo: «La funzione dell'omogeneità agisce come contro-campo rispetto a tutto ciò che esterno, diverso, mancante, non omogeneo con l'interno del gruppo. In questo modo, la costellazione degli elementi sentiti come comuni ed elettivi, rievocherebbero per contrasto l'insieme degli elementi opposti per dialogarvi».

⁵ Cfr. Bruch 1973, 1978, 1988; Curi Novelli 2004; Marinelli 1996, 1998, 2004a; 2004b, 2008; Novelletto 1993.

⁶ Nella nostra esperienza clinica, presentata in seguito, ciò si declinerà mediante un lavoro sul *qui e ora*, che mira, grazie alla pre-determinazione del termine, a valorizzare l'intenzionalità verso il futuro, promuovendo così un *vettore intenzionale* funzionale ad ottenere una mobilitazione precoce di processi terapeutici (Fasolo, 1992).

⁷ Per capacità di mentalizzare vedi nota 1.

⁸ L'esperienza clinica riportata si è svolta presso un Ospedale universitario che ospita un servizio dedicato alla cura dei disturbi alimentari, presente sul territorio nazionale.

⁹ Si fa riferimento all'idea bioniana di *Preconcezione o Presupposto* come «stato mentale di attesa adatto a ricevere una gamma ristretta di fenomeni» e come «un mezzo in cui stanno sospesi i contenuti...in una relazione conviviale tra contenitore e contenuto...costituito dalla tolleranza del dubbio» (Bion 1963, 1962); e all'idea che l'accoppiamento della pre-concezione e della realizzazione pone in essere la concezione. S. Bruni et al. (1999) sviluppano l'idea di pre-concezione del gruppo omogeneo in ambito Istituzionale: «Consideriamo infatti in via preliminare, che la pre-concezione del gruppo operata dall'analista - e dallo spazio istituzionale che ne prevedeva la presenza - verso una pensabilità e simbolizzazione dell'evento traumatico avvenuto nel corpo, (...) abbia facilitato e accelerato i processi iniziali di investimento sul gruppo come corpo unico (Foulkes 1948) e anche come gruppo-sogno (Anzieu 1976).»

¹⁰ Dott.ssa F. N. Vasta

¹¹ La diagnosi nosografico-descrittiva di disturbo del comportamento alimentare, attuale o pregresso, veniva fatta secondo i criteri del Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali DSM-IV R. Ad eccezione di Virginia, paziente con storia pregressa di Anoressia Nervosa, tutte le pazienti rispondevano ad una diagnosi, attuale di bulimia nervosa con storie antecedenti di anoressia nervosa in 3 casi.

¹² Dott.ssa M. Scoppetta.

¹³ Cfr. paragrafo *Il Gruppo a Tempo Limitato*.

¹⁴ Una parte della letteratura psicoanalitica che ha studiato i disordini alimentari (Bruch 1973, 1978, 1988; Curi Novelli 2004; Marinelli 1996, 1998, 2004; Novelletto 1993) spiega il sintomo come una sindrome, assimilabile ad un deficit identitario nei pazienti, associato all'assunzione di un *Falso Sé* (Winnicott, 1960) e all'esito fallimentare dei processi di integrazione delle parti della personalità in sviluppo. Tale fallimento si attualizza nella fase adolescenziale e risulta riconducibile ad una fragilità identitaria, configuratasi nella prima infanzia, in concomitanza con un'inadeguata regolazione affettiva nella relazione primaria (Vasta, Girelli et Al. 2008).

¹⁵ Dott.ssa Bagnoli.

¹⁶ La Semiosfera «è il corrispettivo, a livello semeiotico, dell'unità del gruppo e del crearsi della comune area sensoriale ed emotiva: lo spazio comune del gruppo» e costituisce un elemento prezioso, potremmo dire una bussola, per la conduzione dell'analista che utilizzando le auto-rappresentazioni del gruppo potrà calibrare i

propri interventi/interpretazioni per facilitare il lavoro, non sovrapponendoli ai sistemi propri del gruppo ma inserendoli (come anelli mancanti) all'interno della catena associativa gruppale (Neri, 2004).

¹⁷ Un Gruppo può essere considerato un *Sistema in Risonanza* allorché è in grado di compiere un'elaborazione emotiva e due o più persone sono *in Risonanza* (in contatto emotivo) su un certo tema o su una fantasia (Anzieu,1976; Foulkes,1948).

¹⁸ L'acquisizione di una funzione paterna e il transito ad una dimensione edipica ha permesso a questo gruppo di affrontare uno dei momenti evolutivi il cui blocco è ritenuto fondante nella psicopatologia dei Disturbi Del Comportamento Alimentare: M. Recalcati (1997) sostiene che in queste pazienti sia avvenuto un fallimento del compito materno di aiutare l'individuazione e la differenziazione dell'altro cui si affianca una carenza nella funzione separatrice del padre il cui compito è quello di facilitare il passaggio dalla relazione diadica Madre-bambina alla triangolazione edipica Madre-Padre-Bambina.

Bibliografia

Anzieu, D. (1976), *Il gruppo e l'inconscio*. Trad. it. Borla, Roma 1979.

Baglioni, L. (2004), Fattori terapeutici nei gruppi omogenei a orientamento psicoanalitico per i disturbi alimentari. *Funzione Gamma*, 14: *Gruppo con pazienti anoressiche: fattori terapeutici*.

Bion, W. R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Trad. it. Armando, Roma 1971.

Bion, W. R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Trad. it. Armando, Roma 1972.

Bion, W. R. (1963), *Gli elementi della psicoanalisi*. Trad. it. Armando, Roma 1983.

Bruch, H. (1973), *Patologia del Comportamento Alimentare. Obesità, Anoressia Mentale e Personalità*, Feltrinelli, Milano 1993.

Bruch, H. (1978), *La gabbia d'Oro. L'Enigma dell'Anoressia Mentale*. Feltrinelli, Milano 2006.

Bruch, H., (1988) *Anoressia: Casi Clinici*. Raffaello Cortina, Milano 1988.

Budman, S. H., Simeone, P. G., Reilly, R., Demby, A. (1994), Progress in short-term and time-limited group psychotherapy: evidence and implications. In Fuhriam, A., Burlingame, G.M., *Handbook of Group Psychotherapy. An empirical and clinical synthesis*, Wiley, New York.

Budman, S. H. e Gurman, A. S. (1988), *Theory and practice of brief therapy*. Guilford, New York.

Bruni, S., Marinelli, S., Baglioni, L. (1999), Sogno, corpo e malattia nel gruppo. Gruppo terapeutico nel reparto ospedaliero. In *Funzione Gamma*, 2: *Sogno e gruppo due*.

- Comelli, F. (2004), Gruppi monosintomatici con pazienti anoressico-bulimiche e assunti di base: la dimensione somatica delle pazienti e la posizione dell'analista. In *Funzione Gamma*, 14: *Gruppi con pazienti anoressiche: fattori terapeutici*.
- Corbella, S., Girelli, R., Marinelli, S. (a cura di), *Gruppi Omogenei*. Borla, Roma. 2004
- Corbella, S. (2004), Il gruppo omogeneo: la modulazione del noi. In Corbella, S., Girelli, R., Marinelli, S. (a cura di), *Gruppi Omogenei*. Borla, Roma.
- Corbella, S. (2004), Intervista in Marinelli, S. (2008), *Contributi della psicanalisi allo studio del gruppo*. Borla, Roma 2008.
- Costantini, A., Sparvoli, M. (2000), Definizione e principi di pratica clinica nelle psicoterapie di gruppo brevi e a tempo limitato. In Costantini, A. (a cura di), *Psicoterapia di Gruppo a Tempo Limitato*. McGraw-Hill, Milano.
- Curi Novelli, M. (2004), *Dal Vuoto al Pensiero. L'anoressia dal vertice psicanalitico*. Franco Angeli, Milano.
- Fasolo, F. (1992), La Fine della presa in Carico. In *Psichiatria Generale e dell'età evolutiva*, 30.
- Foulkes, S.H. (1948), *Analisi terapeutica di gruppo*. Trad. it. Boringhieri, Torino 1967.
- Green, A. (1983), *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Trad. it. Borla, Roma 1985.
- Harwood, I.N.H., Pines, M. (1988), *Esperienze del Sé in Gruppo*. Borla, Roma 2000.
- Hinshelwood, R. (2004), Presentazione. In Corbella, S., Girelli, R., Marinelli, S. (a cura di), *Gruppi Omogenei*. Borla, Roma.
- Kaës, R. (1976), *L'apparato pluripsichico: costruzioni del gruppo*. Tr. it. Armando, Roma 1983.
- Lacan, J. (1949), Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'Io. In Contri, G. (a cura di), *Scritti*. Vol. II, trad. it. Einaudi, Torino 1974.
- MacKenzie, K. R. (1990), *Time-limited Group Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington 1997.
- MacKenzie, K. R. (1997), *Time-managed Group Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington 1997.
- Mann, J. (1973), *Time-limited Psychotherapy*. Harvard University Press, Cambridge.
- Marinelli, S. (2008), *Contributi della psicanalisi allo studio del gruppo*. Borla, Roma 2008.

- Marinelli S. (2004), *Il gruppo e L'Anoressia*. Raffaello Cortina, Milano 2004.
- Marinelli, S. (2004b), *Funzioni dell'omogeneità nel gruppo*. In Corbella, S., Girelli, R., Marinelli, S. (a cura di), *Gruppi omogenei*. Borla, Roma 2004.
- Neri, C. (2004), *Gruppo*. Borla, Roma.
- Neri C., Pines M., Friedman R. (2005), *I sogni nella psicoterapia di gruppo*. Borla, Roma.
- Novelletto, A. (1993), *L'Anoressia Mentale alla Luce della Patologia del Sé*, in Novelletto A., *Psichiatria Psicoanalitica dell'Adolescenza*, Borla, Roma.
- Pines, M. (1999), *I sogni sono personali o sociali?* In *Funzione Gamma* n. 1.
- Pines, M. (2002), *Il contributo del rispecchiamento e della risonanza al dialogo psicoanalitico e gruppo analitico*. In *Rivista di Psicoanalisi*, 48, 2, pp. 403-411.
- Pontalti, C., Costantini, A., Sparvoli, M. Pontalti, I. Vincenzoni, P. (2000), *Problemi nella fondazione di un gruppo a tempo limitato: confronto con i modelli nordamericani*. In Costantini, A. (a cura di), *Psicoterapia di Gruppo a Tempo Limitato*. McGraw-Hill, Milano 2000.
- Recalcati, M. (1997), *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Mondadori, Milano.
- Vasta F. N., (2004), *Presentazione alle Interviste*. In Corbella, S., Girelli, R., Marinelli, S. (a cura di), *Gruppi Omogenei*. Borla, Roma.
- Vasta, F. N. (2004), *Intervista a H. D. Kibel*. In Corbella, S., Girelli, R., Marinelli, S. (a cura di), *Gruppi Omogenei*. Borla, Roma.
- Vasta, F. N., Caputo, O. (2004), *Introduzione storica alla terapia di gruppo nel trattamento del disturbo anoressico-bulimico*. In *Funzione Gamma*, 14: *Gruppo con pazienti anoressiche: Fattori terapeutici*.
- Vasta, F. N., Girelli, R., Di Luzio, G., Rodorigo, G. (2008) *Terapia di gruppo ad orientamento analitico: effetti terapeutici su pazienti con disturbo del comportamento alimentare*. In *Quaderni dell'Associazione ARGO*.
- Winnicott, D. W. (1960), *Ego distorsion in terms of the true and false self*. In Winnicott, D.W., *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. International Universities Press, New York 1965.
- Winnicott, D.W. (1971), *Gioco e realtà*. Trad. it. Armando, Roma 1974.
- Yalom, I. D. (1997), *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo* (4° edizione). Trad it. Bollati Boringhieri, Torino 1997.

Note sulle autrici

Francesca Natascia Vasta: psicologa, psicoterapeuta, docente a contratto presso la Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica del sacro cuore di Roma. Docente del Laboratorio di gruppoanalisi di Roma
e-mail: francescanatascia.vasta@fastwebnet.it

Marta Scoppetta: psichiatra e psicoterapeuta, membro del laboratorio di Gruppoanalisi di Roma. CSM Marsciano-Todi, Palazzo Francisci ASL2 di Perugia.
e-mail: martascop@tin.it