

Il sintomo anoressico-bulimico nella terapia

Alessandra Manzoni

Abstract

Il presente articolo si propone di indagare quali particolari caratteristiche il sintomo anoressico assume in quelle donne che incominciano la terapia tra i 23 e 27 anni e che ne segnalano la presenza solo tempo dopo l'inizio della terapia. Attraverso la presentazione di due casi clinici, viene successivamente analizzata la modalità di gestione di tale sintomo nella relazione terapeutica, in una più ampia cornice teorica di riferimento di matrice psicodinamica.

Parole chiave: sintomo anoressico, spazio interno, segretezza, relazione terapeutica

Il sintomo si nasconde

Il sintomo anoressico, sia esso la restrizione alimentare, sia il comportamento bulimico accompagnato dal vomito, nasconde ancora il suo segreto, nonostante la grande diffusione.

Si presenta in molte condizioni patologiche che arrivano al terapeuta. Ma non sempre il sintomo anoressico è alla base della richiesta terapeutica.

Spesso viene accettato perché presenta il vantaggio secondario di permettere al paziente di mantenere il peso e la forma fisica che fa sentire adeguati ai canoni sociali attuali.

Anche quando il sintomo non configura l'intera patologia anoressica, tuttavia si colloca all'interno di una organizzazione del carattere in cui sono presenti aspetti tipici della organizzazione anoressica.

Si tratta di ragazze attive o iperattive con un ottimo rendimento scolastico dovuto a un forte impegno intellettuale, con relazioni sentimentali in cui da un lato è forte la dipendenza dal partner e dall'altro è altrettanto intenso il bisogno di controllo e dominio sul partner stesso. Sono pazienti che vivono l'aspetto sessuale della relazione senza grande interesse e capacità di partecipazione fisica ed emotiva.

In questo tipo di pazienti, che non sono francamente e interamente anoressiche, il sintomo diventa spesso per il terapeuta oggetto di attenzione particolare proprio come segnale che nonostante il miglioramento dello stile di vita e del livello di soddisfazione generale bisogna andare oltre, svelare il mistero della permanenza del sintomo.

Mi riferisco a donne che iniziano la terapia tra i 23 e 27 anni. Chiedono la terapia per motivi diversi e segnalano il disturbo anoressico solo tempo dopo l'inizio della terapia. Il comportamento alimentare patologico deve per molto tempo mantenersi segreto occupa uno spazio segreto.

Proprio questa caratteristica del sintomo e il modo delle pazienti di gestirlo nella relazione terapeutica mi è parso interessante e ha richiamato la mia attenzione su alcune caratteristiche che mi sono sembrate comuni alle pazienti avute in cura.

Storia di una paziente

Una sola paziente è stata in cura con la diagnosi ‘anoressia’. Le altre presentavano il sintomo anoressico con ossessione di ridurre il peso all’interno di patologie di tipo fobico ossessivo e psicotico.

N. inizia la terapia a 25 anni e presenta il sintomo anoressico, crisi bulimica e vomito più magrezza patologica in modo vistoso e dichiarato. Pesa 44 kg. ma sente il proprio corpo pesante e grasso. Proprio per l’anoressia mi viene inviata da un collega.

Il terapeuta me la invia dopo circa 2 anni di terapia per l’insorgenza di bulimia con vomito e dimagrimento. Me la invia perché non vuole occuparsi di anoressia.

Scoprirò dopo poco tempo dall’inizio della terapia che la sintomatologia era apparsa in seguito ad alcune stimolazioni erotiche che il terapeuta aveva agito sulla paziente con il proposito, che io ritengo in buona fede, di insegnarle che l’eccitazione erotica può convivere con un rapporto di fiducia e di empatia.

Questa condotta non venne rifiutata o criticata da N. ma la indusse al sintomo anoressico e così il terapeuta la inviò a me.

Forse N. aveva percepito, da altri discorsi, che il terapeuta rifiutava di occuparsi di anoressia.

Mi sono chiesta se questa conoscenza sia stata utilizzata da N. per costruire il sintomo che l’avrebbe allontanata da questo terapeuta. Ha comunque scelto questo sintomo, non ha fatto una scelta deliberata di lasciare il terapeuta.

Il terapeuta, a suo dire inoltre, durante la terapia la invitava ad essere molto sicura e forte, come se le suggerisse di avere nei confronti degli uomini un atteggiamento dominante e imperioso, stile Turandot.

Inutile dire che non teneva conto delle sue reali incapacità di gestire le relazioni emotive e tantomeno quelle sentimentali.

N. aveva iniziato questa prima terapia proprio per difficoltà con il fidanzato, che lasciò poco dopo.

Conflitti e storia nella terapia

Qui, come suggerisce K. Schweizer (2007) sembra inserirsi in modo molto chiaro un elemento di perversione nel rapporto. Un rapporto di cura e fiducia contiene invece elementi di eccitazione e di richiesta insostenibile. Questo non crea un conflitto nevrotico ma un comportamento corporeo, la bulimia con vomito, che invade la vita di N..

Forse si tratta della ripresentazione di elementi di sofferenza a carattere “traumatico” psicosomatico, con radici nell’infanzia, secondo l’accezione di Ferenczi (1932a).

Ferenczi (1932b) descrive infatti il trauma sessuale per il bambino come una situazione nella quale si produce uno stato di paura tale da costringerlo a sottomettersi alla volontà dell'adulto a volte raggiungendo uno stato di incoscienza. Il risultato di questo tipo di evento, a causa dell'identificazione con l'aggressività dell'adulto e con il suo senso di colpa introiettato, rende il bambino, quando e se si riprende, confuso e scisso «innocente e insieme colpevole, comunque sfiduciato nelle possibilità di manifestare il suo pensiero» (pag. 420).

Durante i primi 2 anni di terapia con me N. accumulò un numero molto elevato di inizi di relazioni sentimentale con molti ragazzi. Tutte iniziavano con grande entusiasmo e grande disponibilità-sottomissione da parte sua. A questo breve periodo, di 2-3 settimane succedeva un periodo di rabbia in cui constatava che la disponibilità non otteneva altrettanto dal partner, “ho dato molto, ora tocca a te”, e quindi dopo 1 o 2 feroci litigi li lasciava o veniva lasciata senza dare più seguito al rapporto e senza mantenere il minimo rapporto affettivo o amichevole.

Cenni sulla terapia

Con N. il mio ruolo consisteva principalmente nel fatto di accompagnarla in queste vicende concrete senza critiche o interpretazioni. Da queste ogni volta imparava qualcosa. Che badava troppo ai bisogni dell'altro. Che temeva sempre di essere usata, (come faceva ancora nell'attualità la madre in un continuo “mi vai bene” “non mi vai bene” a seconda che soddisfacesse o meno il suo orgoglio di madre). Che era frenata o guidata dal giudizio, interiorizzato o reale di sua madre. Che voleva far corrispondere le sue storie ad un ideale idilliaco tipo “mulino bianco”.

Non bisogna trascurare il fatto che non creando fratture con la madre, aderendo alle richieste materne N. poteva mantenere la sensazione di essere parte di un gruppo sociale di cui la madre era una rappresentante. N. non riusciva a tollerare di avere la minima conflittualità con la madre e i fratelli. Quando accadevano degli scontri con loro si sentiva in grave colpa e del tutto abbandonata. Appartenere in modo quasi simbiotico al gruppo familiare le dava un forte senso di sicurezza e di identità. Il gruppo di coetanei che frequentava e da cui provenivano i suoi partners rappresentava anche un'appartenenza a cui si adattava nonostante non corrispondesse ai suoi bisogni.

Lentamente, attraverso il lavoro analitico modificò il suo atteggiamento fino a iniziare un rapporto che finalmente si presentò come più vivibile, con un uomo affettuoso e non dominante, con cui era cioè possibile un confronto alla pari, in cui poteva chiedere e dare ma anche ascoltare e ricevere.

Questo le permise di ricucire il rapporto con il padre e di prospettarsi una vera vita di coppia. Il sentimento di sicurezza e la percezione di essere amata le permisero di rendere esplicito il problema delle crisi bulimiche come qualcosa che andava affrontato anche in terapia. Si poté cominciare a parlarne, a osservarle.

Il sintomo

Questo derivava dal fatto che attraverso il lavoro fatto insieme, era diventata capace risolvendo in parte il problema affettivo, di trovare un uomo con cui era interessata a stare. Poteva così cominciare ad affermare le proprie esigenze a dispetto della madre invadente e giudicante. Poté allora con me affrontare il suo segreto e parlare di come e quando avveniva la crisi bulimica.

Un caratteristica di N. era che tutti i miei interventi sia di tipo strettamente analitico che di sostegno o chiarimento sembrava venissero lasciati cadere. Non era mai possibile capire se li ascoltava, se li dimenticava. Quasi sempre si distraeva pensava ai compiti della giornata, mai collegava o rifletteva sui miei interventi se non per giustificarsi di essere ancora così malata.

Penso che averle lasciato questo spazio le abbia consentito di elaborare lentamente i miei interventi. La mia impressione era che dovesse nascondere cosa ne faceva, non poteva farmi partecipe ma, come il vomito, non dipendeva da lei questo comportamento.

Con la descrizione della crisi arrivammo gradualmente a capire che esse avevano luogo quando si trovava in situazioni emotivamente difficili e non riusciva a trovarne il bandolo. Ad es.: andava a pranzo dalla madre e, pur preparandosi alle sue critiche o alle sue strane richieste, restava impassibile e accondiscendente mentre era con lei, per poi rifugiarsi nella crisi.

Con il partner spesso concedeva più di quel che avrebbe voluto, rinunciando ai propri impegni, adattandosi al suo stile con un atteggiamento di comprensione e tolleranza, per poi 'rifarsi' con la crisi.

Quello era il suo spazio privato in cui poteva arrabbiarsi e rifiutare-vomitare quello che non le piaceva, di sé e dell'altro.

Rompeva così, momentaneamente, il suo legame di dipendenza. E, come N. sottolinea, creava un suo spazio, che nessuno conosceva.

Il paradosso è che creava uno spazio e un tempo nel quale faceva l'esperienza di non avere uno spazio interno, o meglio di poterne disporre solo brevemente, il tempo di abbuffarsi e subito appena riempito, l'enorme spazio deve essere liberato. Non c'è più, non ha diritto di averlo.

Spazio interno

Ritengo che il rapporto con lo spazio interno sia cruciale per l'anoressico o per la crisi alimentare. Il suo spazio è o troppo vuoto o troppo pieno, comunque non può padroneggiarlo.

Marion Milner (1987), che vede le radici della creatività nello 'stato di buona unione con il proprio corpo' (Di Benedetto, 1998) usa queste parole «ciò in cui bisogna avere fede sembra essere il nulla, l'assenza, il vuoto. Ma non è così, c'è sempre il mare del nostro respiro e la sensazione del nostro peso e il silenzio [...]».

N. deve costruire questo senso di fiducia e per fare questo deve realizzarsi un delicatissimo equilibrio tra senso di vuoto e di pieno, o meglio di un vuoto non

morto, come sembra suggerire M. Milner. Come arrivare a percepire 'il mare del nostro respiro'.

Entrano qui in campo la 'madre sufficientemente buona' che con il suo *holding*, sia fisico che psichico, e attraverso la *rêverie* costruisce col figlio quella situazione di calma necessaria per l'assunzione da parte del bambino della crescita e conoscenza di sé.

Femminilità

Madre sufficientemente buona vuol dire una madre sufficientemente capace di identificarsi con la/il figlio che perciò non trasmette conflittualità eccessiva, in questi casi in particolare relativamente al suo rapporto con il corpo, il suo corpo femminile, e con l'oggetto maschile del suo desiderio.

Una madre cioè che porti dentro di sé, e viva nella realtà, un rapporto con l'uomo sufficientemente ben strutturato e che non comporti inibizioni o conflitti relativi alla corporeità. Che permetta il passaggio da una corporeità infantile e relazionale ad una corporeità sensuale e progressivamente adulta.

N. nella fase avanzata dell'analisi quando sta cominciando ad accettare meglio un rapporto profondo con il partner, quando cioè anche il rapporto con me è più sicuro e più fiducioso, fa alcuni sogni in cui dal proprio corpo escono piccoli animali e insetti ripugnanti. Che siano la rappresentazione di antichi vissuti, ancora presenti, di emozioni eccitanti, quasi in senso traumatico per il suo piccolo corpo infantile? Prodotti dalla conflittualità materna verso la propria femminilità e il proprio rapporto con il desiderio sessuale? L'infanzia di N. è stata infatti costellata di racconti, fatti da una madre che non esiterei a definire passionale, relativi alle difficoltà private con il marito creando nella bambina un sentimento di paura e l'ansia di un pericolo continuo.

Questa madre attacca infatti ancora nella realtà la capacità della figlia di avere una relazione sentimentale soddisfacente avanzando sempre critiche e giudizi negativi sui suoi partners.

Altre volte sono sogni di distruzione, sangue, morti e paura.

Poter tollerare queste immagini e questi vissuti nonostante l'incapacità di N. di accoglierne attivamente il significato che cercavamo di dare a questi contenuti, le ha permesso di andare oltre.

Li ha condivisi con me che dovevo accettare di accoglierli e di tenerli dentro di me, come se depositandoli dentro di me N. potesse sentire il proprio corpo più libero e vivo.

La *rêverie* materna si è realizzata da parte mia condividendo il senso di quello che mi comunicava ma principalmente accogliendo nella mia mente queste angosce più che ripresentandole rielaborate.

'Essere' e 'fare'

Forse questi pazienti pongono più di altri al terapeuta il problema ma del rapporto con l' "essere" e il "fare" di cui parla Winnicott (1971).

La madre deve fornire al bambino un rapporto in cui il 'fare' della madre permette al bambino di cominciare ad 'essere' dove per Winnicott essere è l'elemento distillato della femminilità.

Il rapporto basato invece sulla pulsione, sempre secondo Winnicott, appartiene all'elemento maschile della personalità: «Noi vediamo ora che non è la soddisfazione istintuale che fa sì che il bambino cominci ad essere e a sentire che la vita è reale, a trovarla degna di essere vissuta. In realtà gratificazioni istintuali cominciano come funzioni parziali e diventano seduzioni a meno che non siano basate su una capacità ben stabilita in ogni singola persona di esperienza totale e di esperienza nell'area dei fenomeni transizionali. E' il sé che deve precedere l'uso dell'istinto da parte del sé; il cavaliere deve cavalcare il cavallo, non essere trascinato dal cavallo» (Winnicott 1971, pag. 158).

L'elemento maschile della personalità riguarda l'eccitazione. Se il bambino è per la madre eccitante, in senso positivo o negativo questo induce «l'elemento maschile [...] a 'fare' qualche cosa» (Winnicott 1971, pag. 129).

La madre introduce perciò nel bambino, attraverso le sue cure, cioè nel curare il suo corpo, nel parlare di sesso, nello spiegarlo in modo intellettuale, senza lasciare al bambino il tempo di vivere la curiosità e di arrivare gradualmente alle sue domande, uno stimolo eccitante che, se eccessivo, gli impedisce di vivere la condizione di calma e vuoto di cui parla anche M. Milner, necessario perché il soggetto assuma la propria creatività. Questo può avvenire nell'essere, si potrebbe dire, troppo razionali.

Il processo della *rêverie* che dovrebbe essere costituito dal delicato equilibrio tra accogliere (essere) e ritrasmettere (fare), è sostituita dal progetto di insegnare al bambino ad imparare e capire.

Si distorce perciò anche la capacità del bambino di imparare a riconoscere e vivere con calma le proprie emozioni, sia che siano prodotte dal proprio interno o che vengano stimolate dall'esterno.

Kernberg (1995) ha ripreso e completato questa concezione della formazione dello sviluppo emotivo infantile quando afferma che gli affetti sono "il materiale da costruzione" delle pulsioni. Kernberg sembra confermare così questo radicamento nel corpo delle emozioni e poi dei sentimenti, che secondo Damasio (2003) sono il risultato consapevole della somma e del riconoscimento di percezione, emozione e affetto, e sostiene che le pulsioni libidiche e aggressive sono derivate dall'organizzazione delle componenti psichiche e psicofisiologiche biologicamente determinate, che vengono attivate nel corso dello sviluppo (Kernberg, 1995).

Il ruolo della madre è complementare a quello di un padre in coppia con lei in questa situazione che ha caratteri 'perversi' e che indurrà gradualmente nel corso dello sviluppo del bambino negazioni, allontanamento e rimozione o scissione dei vissuti emotivi penosi o intollerabili.

La crisi bulimica

Gradualmente N. scopre che non ha la crisi bulimia quando riesce ad affrontare e vivere sul momento la rabbia legata a varie emozioni, non necessariamente negative, come l'umiliazione, ma anche il piacere per un riconoscimento, una richiesta affettiva, cioè può riconoscere le intense emozioni che prima inibiva per viverle poi nella crisi.

Quando N. decide di avere un figlio mi è evidente che questo realizza il suo desiderio di occuparsi di sé attraverso il bambino. La sua soddisfazione è massima quando scopre di attendere una bambina.

Mi sembra anche particolarmente importante che organizzi di avere dopo la nascita un suo tempo di almeno 2 mesi per stare con lei, senza 'invasioni' di familiari (la madre) e amici, sola e poi con il partner. Sembra pregustare la possibilità di costruire finalmente uno spazio per sé e la bambina in cui imparare a conoscersi e ad 'esserci'.

Mi sembra importante capire che in questi pazienti il cambiamento deve passare attraverso esperienze concrete e reali che possano correggere i vissuti passati, e che la terapia può solo avviarli a questa maggior concretezza della vita, a sentire che la vita è reale (Winnicott, 1971).

A quel punto finiamo l'analisi. Le crisi bulimiche sono ormai superate perché gradualmente ha potuto prendere il proprio spazio nella relazione con il partner e con la madre e può fidarsi di sé. Anche il suo rapporto con il proprio corpo è infatti più morbido e accettante.

Ora deve fare un percorso da sola. Mi sembra che potrà tornare da me quando e se, lei stessa, riconoscerà il bisogno di farlo.

Un'altra storia

Un'altra paziente presenta questo tipo di sintomo anoressico confermandomi questa modalità di vivere la crisi come momento segreto, scatenato dalla incapacità di prendere atto delle emozioni o meglio dalla presenza di emozioni incontrollabili che nascevano con violenza a partire da uno stato di quasi totale anestesia o indifferenza emotiva.

Un altro aspetto simile riguardava il rapporto con la fretta, con il fare.

A. è una giovane donna di 25 anni che ha avuto un episodio 'anoressico' nell'adolescenza e che, dopo aver iniziato la terapia per la sua condizione di apatia e tristezza, inizia ad abusare di cocaina continuando l'uso di marijuana che aveva iniziato anni prima frequentando i suoi amici di liceo ed università, nascondendomelo accuratamente. Dopo un episodio persecutorio con ricovero prende la decisione di eliminare l'uso di sostanze stupefacenti. L'uso della cocaina era più recente e legato al rapporto con un ragazzo che, dalle sue descrizioni mi appariva avere nei suoi confronti atteggiamenti sadici di possesso e dominio che lei accettava con un grande sforzo di adeguamento fino ad un episodio più grave e pericoloso che la spinse a lasciarlo continuando la cura con me.

A. aveva molta fretta di laurearsi per accontentare i genitori e le proprie aspirazioni ma non riusciva a studiare. Si era tra l'altro impegnata in una tesi di filosofia da grande intellettuale.

Durante il suo rapporto con il ragazzo 'tossicomane' appaiono nuove crisi di bulimia e vomito che per alcuni mesi tiene segreti a me e alla madre. Dopo un ricovero per un episodio di tipo paranoico e dissociativo avvenuto durante le vacanze estive che stava trascorrendo con un gruppo di amici che usavano droghe, finalmente mi parla del suo uso delle droghe. Ritrovo in lei quella caratteristica di segretezza e l'impossibilità di elaborazione che era tipica anche di N.. In questo caso questo aspetto appartiene alla sintomatologia di tipo psicotico, ma può gradualmente essere affrontato.

Un tema forte di cui ci siamo occupate nel rapporto con lei ma anche nei colloqui avuti con i genitori, era rappresentato dal bisogno di 'calma' nei riguardi delle aspettative verso A.. La madre in particolare, una donna ansiosa e perfezionista è però anche affettuosa e capace di mettersi in discussione. Aveva sempre fatto grandi richieste alla figlia e non tollerava né i tempi della cura né i tempi della figlia. Sempre pronta a stimolarla, a incoraggiarla e informarla su tutto, sulla vita e sulla vita sessuale sua e della coppia fin dall'infanzia. A. durante l'episodio 'psicotico' crede di ricordare un episodio di molestia sessuale da parte di un nonno, uomo di cui aveva grande soggezione e che un giorno la prese in braccio, destando il lei grandi ansie.

La realtà sembra contare poco per A.. Insiste nello svolgimento della tesi di laurea su un argomento filosofico molto difficile, che deve soddisfare la sua immagine di ragazza intelligente di cui i genitori sono molto orgogliosi. Deve cioè farla sentire appartenente al gruppo degli intelligenti, a cui appartengono i genitori e il gruppo di coetanei che frequenta, senza questa appartenenza si sente priva di identità. Anche in questo caso, come nel caso di N., appartenere ad un gruppo, anche se idealizzato, ha un ruolo molto importante per i suoi sentimenti di sicurezza e per il suo bisogno di "esserci". Per questo rinuncia, anche perché non è un grado di conoscersi, al proprio bisogno di uscire dalla fatica di questo modello intellettuale, severo e razionale, nel quale si sente costretta fin dalla più tenera infanzia. Quando finalmente comincia a parlarmi delle crisi bulimiche, comincia anche a combatterle seriamente. Sembra poter avere un atteggiamento più realistico, cambia la tesi con una più realizzabile e che le piace di più. Infatti terminerà in tempi brevi e comincia a capire la propria incapacità di affrontare le proprie emozioni. Le crisi appaiono infatti all'inizio della giornata, quando deve decidere cosa fare e come organizzarsi presa da un senso di vuoto e confusione che la crisi interrompe ma non placa.

In tutto questo la madre si è convinta ad avere pazienza e ad aspettare, a dare finalmente alla figlia i tempi di cui ha bisogno. Ci sono due relazioni parallele, una con la madre, che protesta e la sprona a fare di più e più in fretta ed una con me che accetto i suoi tempi lenti. Fino a quando A. può cominciare a distinguere le proprie esigenze e tempi da quelli della madre e resistere alle sue spinte.

Anche nella relazione terapeutica la disponibilità alla relazione con me sembrava essere presente ma segreta, il *transfert* vissuto a livelli troppo profondi per essere

mai raggiunti. Ero anche per lei un appoggio o meglio una struttura ortopedica che la sosteneva.

‘Maschile’ e ‘femminile’

Come la crisi è un evento che va vissuto segretamente così la relazione con il terapeuta deve essere nascosta, per il timore che egli sia invadente.

Il bisogno di creare uno spazio per sé è in conflitto con il timore di una sua invasione. Il delicato equilibrio che propone Winnicott tra la femminilità, l'essere e la mascolinità, il fare, mi sembra dia la chiave per modulare l'accoglienza e gli interventi dei contenuti proposti dall'anoressica.

Per nascondere meglio la propria mancanza e il proprio bisogno di uno spazio interno vivibile, ‘fare’ diventa un’ottima modalità. L’efficienza, la sicurezza e il dominio, diventano ottimi schermi e tentano di sostituirsi al sentimento di non ‘esserci’. La ricerca della femminilità è abbandonata o negata.

La paziente anoressica torna al modello interno di un sé lineare, assoluto, simile all’omino che disegnava da bambina perché deve sempre e solo percepire la propria unità fisica cancellando il corpo vissuto ed emotivo.

La mia ipotesi è che questo disequilibrio tra ‘essere’ e ‘fare’, che può manifestarsi con modalità diverse nelle diverse coppie madre-bambino e triadi madre-figlio-padre, probabilmente è alla base di numerose patologie e che nella sintomatologia anoressica abbia un forte ruolo la ‘passionalità’ della coppia, in particolare della madre, che trasmette ai figli le emozioni sessuali, (eccitanti o frustranti), che sono eccitanti per il bambino perché esse per lui non sono gestibili. Come scrive Ferenczi (1932b), a proposito del trauma sessuale infantile, il bambino diventa confuso e scisso, si sente «innocente e insieme colpevole, comunque sfiduciato nelle possibilità di manifestare il suo pensiero» (pag. 420).

Nasce qui una riflessione relativa alla impressione che nella nostra società, sia negli uomini che nelle donne, prevalga l’attitudine a fare piuttosto che ad essere e questo mi fa pensare che l’anoressia possa perciò rappresentare il sintomo socialmente riconosciuto di malesseri sociali più generali e diffusi ma ancora ignorati e trascurati che riguardano tutti noi.

Bibliografia

Damasio A. (2003). *Alla ricerca di Spinoza*. Adelphi Ed., Milano, 2003.

Di Benedetto P. et al. (1998). *Paul Schilder. L’immagine corporea*. In L’esperienza del corpo: fenomeni corporei in psicoterapia psicoanalitica, Favaretti F., Di Benedetto P., Cauzer M.. Dunod Editore, Milano.

Ferenczi S. (1932a). *Psychanalyse IV, Oeuvres Complètes, 1927-1933*, Editions Payot, Paris, 1982.

Ferenczi S. (1932b). *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. III, *Ulteriori contributi* (1908-1933), Psicoanalisi delle abitudini sessuali e altri saggi, Carloni G., Molinari E. (A cura di), traduzione di E. Ponsi Franchetti, Guaraldi Editore, Rimini, 1974, pagg. 415-427.

Kernberg O.F. (1995). *Love Relations*. Yale University Press, New Haven/London, 1995.

Milner M. (1987). *L'alba dell'eternità. Un modo di tenere un diario*. Borla, Roma, 1990.

Schweizer K. (2007). *Aspetti perversi nei disturbi alimentari in adolescenza*. Relazione del convegno Anoressia e Bulimia. Il corpo come teatro della mente. Milano 9 Giugno 2007.

Winnicott D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Edizione Armando, Ristampa, 2006.

Note sull'autrice

Alessandra Manzoni: Psichiatra, Psicoanalista S.P.I., Consulente Supervisore di Équipes Istituzionali; membro dell'Associazione per la Psicoterapia di Gruppo (APG), vice-Presidente dell'Associazione Galassia.