

## **Nella mia mente, nella nostra mente**

*Valerio Galeffi, Francesco Comelli*

### **Abstract**

Il lavoro parte da un'esperienza di conduzione di gruppo omogeneo con disturbi alimentari con la variante dell'inserimento di un soggetto di sesso maschile in un gruppo femminile.

Vendono presi in considerazione i fattori terapeutici di gruppo e le dinamiche di crescita emotiva dei pazienti e dei terapeuti.

**Parole chiave:** disturbi alimentari, contemporaneità, gruppo, omogeneità, trasformazioni

Il presente lavoro, sviluppato dai conduttori dell'ABA di Roma, mette in evidenza, per ciò che riguarda un disagio-emblema della contemporaneità come l'anoressia-bulimia, la presa in carico psicodinamica di gruppo di pazienti omogenei per sintomatologia. Essi presentano un bisogno sovradeterminato per molti aspetti della loro vita psichica e somatica, spesso senza una vera domanda di cura: a ciò non rispondiamo ideologicamente e idealisticamente al gruppo come soluzione totale di tutti i problemi, ma anzi cercando di attraversare in un ambito relazionale condiviso il rapporto con l'altro, rispetto ad un eccesso di identificazione con il proprio sintomo. Ciò vuol dire, per i partecipanti e in certa misura per il conduttore assieme a loro, il fare un'esperienza sull'alterità e sull'approfondimento di legami non eccessivamente patologici. Per molte pazienti può esserci alla base (Comelli, 2014) un tema di colpa primaria legata alla possibile rescissione dal contenitore familiare o materno, con il quale sussiste un legame disregolato.

L'esperienza dei gruppi monosintomatici nasce dalla necessità di spazi clinici in cui occuparsi in maniera definita e specifica di tematiche che il paziente con un dato sintomo identifica con ampie parti della propria persona: in molti casi infatti i pazienti contemporanei richiedono che siano altre persone con analoga relazione col sintomo a comunicare sulla tematica specifica; oppure, nel caso di domande per trattamenti individuali, i pazienti possono chiedere una forte specializzazione del terapeuta per la trattazione di uno specifico sintomo. Dunque assistiamo ad una sostanziale richiesta di conoscenza diretta o indiretta del disagio specifico di cura da parte dei pazienti (come avviene per molte dipendenze).

Sebbene la psichiatria abbia spesso delegato a realtà specializzate la gestione delle dipendenze, in molti servizi pubblici sono stati attivati centri per il trattamento dei disturbi alimentari, che però spesso hanno una modalità di funzionamento centrata sul ripristino del peso e sulla standardizzazione del trattamento, spesso lasciando ad un secondo momento uno sguardo più centrato sulla comprensione della persona e delle radici dei sintomi, spesso così pervasivi. L'esperienza dei conduttori indica come vada trovato un dialogo continuo e costruttivo fra aree differenti che spesso implicano una frammentazione della persona che chiede aiuto.

Va detto che in molte situazioni cliniche il perdurare del sintomo e il “*braccio di ferro*” che molte pazienti avviano, implica lunghe vicende di “*lotta*” o incomprensione che rischiano di essere solo risolte con trattamenti somatici.

Di fatto i pazienti appaiono prigionieri di gravi dipendenze che condizionano un contatto con un loro vero sé e con un rapporto con la verità, spesso alterata o non percepibile perché intollerabile nella logica dei legami disregolati oppure alterata proprio per coprire propri traumi o traumi familiari.

Se è vero e importante poter provvedere in senso somatico per evitare peggioramenti fisici, è anche vero che le fasi di conoscenza e presa in carico devono far presenti molte funzioni terapeutiche altrettanto importanti per il trattamento futuro, come la presenza, reale o emotiva dei terapeuti, la disponibilità, l'attivazione di una funzione di accompagnamento e di pensiero intorno al paziente e la comprensione delle aree di disagio che vengono espresse mediante il corpo, in attesa che esse diventino trattabili anche sul piano mentale.

Essenziali cioè appaiono due elementi: una valutazione dei propri interventi in ragione di un auspicio di tenuta nel tempo delle terapie; ciò può essere pensato anche nelle fasi acute e critiche (esempio non è bene essere solo prescrittivi pensando ad un tempo lungo in cui sarà da gestire l'intero trattamento) e contemporaneamente cercare di individuare la persona dietro al sintomo, ricordando sia lo stimolo di Fabiola de Clercq in tal senso, sia il lavoro di Correale, Cangiotti e Zoppi a riguardo sul soggetto nascosto (Correale, 2013).

In particolare nelle prime fasi di lavoro con le pazienti, la presenza umana è un modo per entrare in contatto autentico con altre persone, con altre soggettività, altre da sé: Di Petta (2013) ricorda come la non convenzionalità unita alla forte professionalità e formazione possono consentire al terapeuta di non essere trincerato dietro ad una certezza teorica già predeterminata e dall'altro lato aiutarlo a non essere immediatamente interpretante, come ricorda Gabbard (1995) per la gestione delle prime fasi di conoscenza delle pazienti o nelle fasi acute.

La presenzialità e il sostegno indicano in molti casi la necessità che l'operatore intervenga con diversi modi per assicurare il paziente o i nuclei familiari come risposta a momenti di intensa angoscia che va raccolta da un operatore o meglio ancora dall'équipe, piuttosto che non interloquita o essere lasciata nel vago.

Va comunque detto che l'importanza della diagnosi iniziale è sempre in evidenza: cioè a dire che una diagnosi clinica, una “*diagnosi*” dei legami familiari, uno studio dei traumi e della risposta ad essi ed una comprensione della persona al di là del peso bruto e concreto, sono elementi di importanza che di solito può svolgere un'équipe, per dare un parere sul tipo di percorso da seguire. In molti servizi, pubblici o privati, diventa difficile realmente assistere in maniera integrata le pazienti, senza invece frammentare le diverse necessità terapeutiche: è per questi motivi che i pazienti sembrano richiedere un completamento terapeutico con la riunificazione simbolica a parti di sé, viste nelle altre pazienti e considerate come parti importanti nel dialogo con se stesse. Il fantasma che richiede una gemellarità è un concetto espresso anni fa da Stefania Marinelli e che ricompare sotto forma di richieste di rispecchiamento di

parti vere del terapeuta: è un concetto formulato a partire dalla clinica che ricompare quasi ubiquitariamente (Marinelli, 1998 e 2004).

Tale concetto è poi successivamente alla base del corrispondente fattore terapeutico del rispecchiamento, ossia nel poter riconoscere aspetti di sé attraverso lo specchio altrui (Lai, 1995): ciò a dire che nei soggetti in cui il sé è ancora inaccessibile, se non tramite il corpo, può essere utile la percezione di sé mediata dal rispecchiamento di persone con affinità sintomatiche simili alle proprie. La visione di sé tramite l'altro può rendere il compito più agevole per il soggetto che ha un blocco nell'accesso al proprio percepire se stesso.

Conseguentemente la medesimezza consiste nel poter trovare nel gruppo altri soggetti che pongano una condizione di alternanza fra l'essere medesimi e l'essere differenti. Mentre nel rispecchiamento il soggetto prende visione di sé mediante l'altro, nel concetto di medesimezza, il soggetto percepisce gli scarti fra l'uguaglianza con l'altro e la differenza della propria identità, con alternanze fra continuità e discontinuità. Questo fattore è denominato da Yalom (2003) "universalità", indicando questo termine la possibilità per il paziente di reperire altri soggetti portatori del proprio disagio. Tale fattore è anche indicato da Neri come elemento di cura per il piccolo gruppo (Neri, 2013).

Neri e Yalom indicano così un elemento di condivisione e di accostamento agli altri (la possibilità di "*sentirsi sulla stessa barca*"), con una "*abitazione*" della stessa "*casa emotiva*". In quest'ambito si può anche considerare il fenomeno dell'altruismo: questo fattore, spesso sottovalutato per essere considerato troppo aspecifico o forse troppo slegato dal mondo della riflessione psicologica, appare invece un segno che indica un clima del gruppo, o comunque un elemento capace di rivolgersi all'atteggiamento di fondo presente nei membri del gruppo rispetto a loro stessi. Altruismo può coesistere con momenti del gruppo in cui emergono anche elementi di conflitto e di diversità reciproca.

Molto spesso la "*popolazione*" delle persone con problemi di dipendenza cerca un linguaggio che utilizza conformismi e "*luoghi comuni*", ma che spesso costituiscono una richiesta al terapeuta al fine che costui attivi un pensiero per contenere e trasformare i cosiddetti luoghi comuni in elementi con una dimensione ed una struttura intersoggettiva e sognabile (Bion, 1996).

Così alcuni concetti come altruismo, perdono, vicinanza, disponibilità, etc., da un lato possono essere considerati dai terapeuti come concetti "*buonisti*" o di matrice religiosa, e quindi in fondo un po' sottovalutati, dall'altro appaiono importanti proprio per il fatto che il conformismo serrato dei pazienti (vedi "*l'uomo massiforme*", Comelli, 2015) o la dipendenza in sé, non lasciano altri spazi per comunicare il bisogno: diventa così necessario che questi elementi (spesso messi da parte nelle famiglie conflittuali in cui questi pazienti crescono), vengano trasformati dal loro essere contenuti in un'esperienza terapeutica vitale capace di approfondirli.

È evidente come i gruppi terapeutici possano quindi arricchire e complessificare, approfondire, i desideri di un mondo "*buono*" con sentimenti cosiddetti "*negativi*" (non conformisticamente belli), ma importanti per uno spazio di alterità e di

tolleranza della perdita, nell'ambito di una disponibilità del terapeuta o del compagno del gruppo a farsi carico di problematiche esistenziali dei singoli componenti.

Queste funzioni dei gruppi possono in generale risuonare anche in senso omeostatico per garantire nel tempo un maggior tasso di equidistanza fra i soggetti che subiscono una disregolazione di base nel loro campo familiare: infatti molto spesso nelle storie cliniche e di realtà si assiste alla presenza di figure genitoriali o troppo presenti o troppo distanti; che cioè accompagnano troppo o che si distanziano troppo dal paziente stesso secondo legami disregolati o disturbati.

Se, in altre parole, nel modello psichiatrico classico l'accompagnamento può essere deciso a priori e guidato secondo criteri anche giustamente prefissati, nel setting di gruppo, il concetto di “*accompagnamento*” può reperire giuste distanze e giuste calibrature fra esigenze di cura ed esigenze di libertà del paziente.

Il gruppo in tal modo può produrre miti, mediante funzioni rappresentative, come collegamento che parte dalle storie personali, per arrivare a narrazioni comuni, spesso anche a quelle primarie mitologiche. In quest'ottica il gruppo svolge una funzione di rappresentazione, oggi fondamentale alla luce del deficit di simbolizzazione che appare come uno degli elementi di difficoltà esistenziale.

I gruppi conseguentemente possono sviluppare così una funzione di ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare: Yalom (2003) insiste sul termine correttivo come termine di riparazione di istanze gruppali malate in ambito familiare, dove quindi passeremo per forza attraverso funzioni tragiche della storia familiare ma anche da sentimenti di vicinanza di grande intensità da intendere non già come fuga dalla problematizzazione, quanto come desiderio di fiducia nel sentire.

Nei gruppi monotematici può essere interessante pertanto interrogarci sui possibili legami fra il tipo di pazienti curati e il rapporto di questi pazienti con i loro gruppi familiari. Ma ancor più il discorso è valido in generale sia nei gruppi terapeutici come attraversamento delle imago genitoriali nel gruppo, sia nei gruppi dedicati alla famiglia. È inoltre pensabile che i gruppi di genitori o parenti attivati accanto a quelli di pazienti possano sviluppare dinamiche di campo parallele e costruttive a fianco di quelle dei pazienti nel senso di una “*portabilità*” (il lettore perdonerà questo lessico mutuato da discipline tecniche) e di una tollerabilità della comunicazione affettiva in senso ampio che solo apparentemente contrasta col tradizionale bisogno di neutralità del terapeuta.

Non secondario o indifferente alla luce di notevoli difficoltà emotivo comunicative dei gruppi familiari di appartenenza dei pazienti, è lo sviluppo di tecniche di socializzazione implicitamente mediante il gruppo, e mediante un apprendimento di tecniche di socialità, all'interno del gruppo per poi poter essere esportate all'esterno di esso nella vita quotidiana (Yalom, 2003).

In tal senso occorre prestare attenzione esplicitamente al comportamento imitativo che può rappresentare un'imitazione di contiguità significative e non solo adattative incontrando l'oscillazione fra imitazione, idealizzazione di essere un tutt'uno gemellare con l'altro, e le aree di una difficoltà non pensabile, espressa nel gruppo mediante cambiamenti o piccoli traumi: ad esempio, l'arrivo in gruppo di nuovi membri o l'uscita di quelli vecchi, l'immissione delle problematiche personali in un

contenitore comune, con possibile senso di loro perdita; il timore di una mancata presa in esame delle proprie questioni personali, troppo travolte da dinamiche del gruppo; mancanza della centralità del proprio disagio; timore di ricevere giudizi o bocciature rispetto alla propria posizione personale.

Il fattore terapeutico in questo senso è l'operazione che il gruppo, condotto analiticamente, può svolgere rispetto all'oscillazione fra la perdita dell'identità individuale e la ricomposizione della stessa dopo l'esperienza del contatto nel gruppo. La restituzione che il gruppo può operare al singolo membro a partire dalla cessione del singolo di parti personali al gruppo, avviene con successivo ritrovamento arricchito dall'esperienza comune, costituendo un fattore di arricchimento e di crescita dell'esperienza.

Questi concetti sembrano suggerire una metafora di “*immersione gruppale e di rigenerazione della pelle*”: il gruppo in quest'accezione viene inteso come seconda pelle, come momento di costituzione di un'appartenenza comune che dà confini, aiutata dal setting e dalla specificità del lavoro terapeutico rispetto all'esterno del gruppo, sulla base di una funzione di “*Commuting*”: Neri (1997) indica con il termine *commuting* il passaggio di emozioni, idee, investimenti da una dimensione individuale ad una collettiva, dove un racconto ed un'esperienza individuale viene a depositarsi e ad essere un oggetto comune, appartenente al campo del gruppo, quando invece prima era ritenuta all'interno di una storia individuale. Questo passaggio implica che l'esperienza in oggetto, diventando collettiva, si trasformi, acquisendo così una dimensionalità differente, andandosi a saldare con un complesso di affetti consci ed inconsci che la influenzano, ritrasformandola.

Viene qui di seguito riportata l'esperienza di un gruppo di pazienti adulti, con un'età media di 35 anni, con un diverso disturbo alimentare in atto, e con un alto grado di scolarizzazione (tutti laureati e con una buona posizione lavorativa). All'epoca cui si riferisce questa seduta erano 5 persone di sesso femminile che componevano il gruppo, ma dopo circa un mese dall'inizio del gruppo, il conduttore (dr. Valerio Galeffi) decide di inserire un uomo (totale 6 partecipanti).

Dopo avere comunicato al gruppo che alla prossima seduta sarebbe arrivata una nuova persona, il gruppo fa qualche domanda sul nuovo arrivo, ed il conduttore dice soltanto che si tratta di un uomo. Il gruppo in sintesi produce una posizione di sorpresa, non aspettandosi la presenza di una figura maschile, ma comunicando anche una curiosità nel fare una esperienza con una persona di sesso maschile.

Anche il paziente, l'uomo in predicato di essere inserito nel gruppo, da parte sua dice “*che per lui non è un problema*”, quando il conduttore gli comunica la prevalenza femminile nel gruppo, essendo lui determinato a risolvere ora il suo problema, nascosto in realtà per anni e che ciò che ha rivelato al conduttore avviene per la prima volta nella sua vita (mai prima era riuscito a comunicare a psicologi o psichiatri del suo problema alimentare). Questa persona ha sviluppato un rapporto di grande fiducia nel conduttore del gruppo e pertanto si fida anche della scelta indicata dal conduttore relativa ad un gruppo anche se a prevalenza femminile.



L'inizio della seduta in cui questo paziente fa il suo ingresso è caratterizzato da uno scambio di una breve presentazione da parte di tutti nei confronti del nuovo arrivato, cosa che d'altronde fa anche lui. Questo paziente afferma esplicitamente di sentire un bel clima e di conseguenza di avvertire una buona accoglienza; aggiunge poi che non gli è indifferente trovarsi in un gruppo composto da solo donne, ma che il suo sentirsi emozionato l'aiuta a gestire questa nuova esperienza piuttosto che a impedirlo. È colpito di sentirsi così emozionato a fronte di un abituale senso di apatia emotiva. La maggior parte del gruppo gli rimanda e rispecchia una altrettanto forte emozione nell'accogliere una nuova persona ed allo stesso tempo la perplessità o l'interesse nel capire e conoscere un uomo che soffre di disturbi del comportamento alimentare, un disturbo di solito femminile. Inoltre nel gruppo, fino a quel momento solo femminile, le pazienti e il tema del gruppo si porta sulla positività e sugli stimoli importanti nel poter confrontarsi con un uomo sulle difficoltà del piano emotivo/affettivo fra uomini e donne. Il paziente, che rimane nel complesso avvolto e contenuto oltre che stimolato, dai discorsi emersi, decide di parlare esplicitamente del suo sintomo bulimico, e afferma che per la prima volta, dopo avere parlato con il conduttore, riesce a condividere questo disagio che lo accompagna da anni e per di più con un gruppo di donne; inoltre ora che lui è sposato, desidera risolvere questo problema, di cui neanche la moglie è a conoscenza. Gli altri componenti del gruppo decidono, su un registro di forte rispecchiamento, di parlare anche loro del sintomo, anche esse su un registro bulimico, notando come fra tutti vi fosse una forte similitudine sintomatologica. Questa condizione di apertura e di comunicazione del modo in cui soffrono in generale avviene per la prima volta nel gruppo, con una esplicitazione dettagliata di come ognuno manifesta e vive il proprio sintomo.

Nel gruppo qualcuno dice: *“così lui non si sentirà divorato da noi donne”*. Il conduttore, utilizzando un lessico interno aperto alla mitologia, ricorda la storia delle Baccanti di Euripide ed esprime al gruppo brevemente il mito e la sua associazione relativa ad esso.

Dioniso, Dio del vino, del teatro e del piacere fisico e mentale, per vendicarsi di Penteo (Re di Tebe) e dei cittadini, che non lo riconoscono come divinità, induce la follia in tutte le donne tebane. Queste si rifugiano sul monte Citerone per celebrare riti in onore del Dio: a questo punto Dioniso convince Penteo a recarsi sul monte Citerone, mascherato da donna ed osservare le Baccanti. Il Re viene scoperto ed ucciso dalle donne in preda ad uno stato mentale di adorazione dionisiaca. Il conduttore aggiunge che qualcuno nel gruppo affermava, prima dell'arrivo di una nuova persona nel gruppo, quanto essa avrebbe potuto stimolare un maggior confronto ed probabilmente il piacere di pensare insieme (piacere mentale), ma anche il fantasma del divoramento.

Il conduttore percepisce che il clima emotivo del gruppo, all'inizio pervaso e caratterizzato da una sorta di entusiasmo e di torpore emotivo vivendo la novità, transitò successivamente nello stupirsi della similitudine sintomatologica, incontrando poi l'angoscia per il non riconoscimento del valore del pensiero/dio/piacere potesse portare alla *“follia”* del gruppo, con il divoramento dell'elemento diverso. Il ricorso al tema dell'incorporazione, del *“mettere dentro”* a

pezzi annientando l'oggetto come nel divorare, richiama un utilizzo importante di questo meccanismo che vede un pasto primario simile a quello cannibalico (Comelli, 2014; Ambrosiano e Gaburri, 2013), senza una possibilità davvero introiettiva dell'alterità. Il mito ricordato associativamente dalla reverie del conduttore esprime pertanto il tema del divorare rabbiosamente e a scopo distruttivo l'alterità, nel timore che questa non possa produrre invece un incontro con la conoscenza condivisa di parti ignote anche a se stessi.

Nella seduta successiva all'inserimento di questo paziente, un membro del gruppo riporta le sue riflessioni emerse in settimana, dopo l'ultimo incontro; queste riguardano le modalità da lei attuate nelle relazioni con gli uomini. Altre donne del gruppo riportano pensieri che vanno nella stessa direzione: emerge così una modalità che si potrebbe definire caratterizzata da una richiesta d'aiuto, ora esplicita, ora no, al partner fantastico o reale, aprendo così un bisogno di dialogo con l'altro, per evitare il rischio di una penalizzazione della tenerezza, dell'amore autentico e della fiducia e crescita reciproca, aperta e in trasformazione. Si avverte anche il rischio di una eccessiva compassione con le esperienze di sostegni reciproci senza passioni, relazioni senza veri progetti, svuotate da significati profondi e che portano al fallimento della relazione stessa.

Lentamente i discorsi scivolano ad esperienze caratterizzate essenzialmente da incontri tra corpi, sessualità, filmati pornografici, segreti fin'ora mai svelati; poi si passa a ricordi, agli eventi del passato, associazioni fra eventi dell'uno e dell'altra, nel tentativo di dare un significato a questo vuoto. L'ambito fantasmatico di questo momento del gruppo consiste nel poter parlare apertamente di intense delusioni, abusi di vario tipo, che però indicano un sfondo di realtà familiari frammentate ed estremamente conflittuali, emerse puntualmente nei racconti e nel linguaggio del gruppo. Qualcuno azzarda un pensiero non ancora strutturato, *“buttandolo lì così”*: *“corpi affamati, corpi vuoti, corpi distrutti”*. Proprio per non trattare i pensieri come quei corpi, nella mente del conduttore emerge l'immagine di un gruppo di naufraghi, che capiscono che per sopravvivere hanno bisogno di allearsi attraverso la creazione di un intenso legame, che il procurarsi del cibo è fondamentale, ma ancora più importante diventa come cercarlo. Questo dipenderà anche da come nutriranno se stessi all'interno del gruppo.

Lo stato emotivo del gruppo, in questa seduta, mi è sembrato transitare da una angoscia relativa alla consapevolezza dello stato della loro vita emotiva/affettiva, al desiderio amorevole di trasformare, in modo costruttivo e dialettico, aspetti importanti della loro esistenza.

In questa esperienza il gruppo gradualmente percorre un cammino che consiste nel considerare il sintomo come un elemento principale nella vita dei componenti del gruppo, forse anche fondante per il gruppo stesso nel suo costruirsi, ma che lentamente, sembra spostarsi sullo sfondo. Proprio come avviene nei quadri rinascimentali con il dialogo fra immagine e sfondo o fra cornice e quadro, il paesaggio torna ad essere sfondo e le persone ritornano in primo piano, in modo che i

loro corpi siano associati alla loro storia o ai luoghi della loro vita e non più come corpi dissociati, persi in paesaggi anonimi ossia abitati da un terrore non ancora nominato.

Transitare da un paesaggio anonimo ad uno più abitato o da un panorama individuale ad uno più gruppale, ha implicato un relativo impegno di un sentimento di vergogna, considerata come sufficientemente normale o lecita, e non esclusivamente come una inibizione. La messa in comune dell'elemento vergognoso ha così potuto favorire un assorbimento nel gruppo di contenuti personali sofferenti e una diffusione nel gruppo di emozioni forti ma non distruttive.

In conclusione appare evidente come il linguaggio implicito ed esplicito del gruppo abbia fortemente sviluppato una tensione dialettica fra omogeneità ed eterogeneità anche a partire da necessarie omogeneità di partenza, nel tempo complessificate dalla riappropriazione della storia personale di ognuno e dalla sperimentazione della coppia all'interno del gruppo.

Crediamo che all'interno del dibattito sui sintomi contemporanei, la messa in gioco di formazioni degli operatori di carattere analitico di gruppo, possa tradursi in un importante costruzione di linguaggi terapeutici finalizzati ad armonizzare i saperi trasmessi dai nostri maestri con le tematiche che ogni epoca manifesta a coloro che operano “*sul campo*”.

## **Bibliografia**

- Bion, W.R.. (1996). *Cogitations, pensieri*. Roma: Armando, 1996, pag 244.
- Comelli, F. (2014). *Il corpo oggetto della colpa primaria*, in *Ricerca Psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli, 2014, pag 47-70
- Comelli, F. (2015). *Disturbi psichici nella globalizzazione. Dalla crisi del campo familiare ai sistemi di cura per dipendenze, anoressie e distruttività*. Milano: Franco Angeli.
- Correale, A. (2013). *Il Soggetto nascosto*. (a cura di Correale, Cangioti, Zoppi). Milano: Franco Angeli.
- Di Petta, G., (2013). *Il mondo tossicomano: fenomenologia e psicopatologia*, in *Il Soggetto Nascosto* (a cura di Correale A.). Milano: Franco Angeli, 2013.
- Gabbard, G.O., (1995). *Psichiatria Psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina, 1995.
- Lai, G. (1995). *La Torre di Babele*, in *La Domanda Impossibile*, (a cura di Baglioni, L. e Recalcati, M.). Milano: Franco Angeli.
- Marinelli, S. (2004), *Il Gruppo e l'Anoressia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Marinelli, S. (1998). *Mito e leggenda da un'esperienza di gruppo con pazienti anoressiche e bulimiche*. *Koinos Gruppo e funzione analitica*, 1-2, pp.100-107.
- Neri, C. (2013). *Come cura il piccolo gruppo*, seminario Coirag <http://goo.gl/HY2YxH>



Neri, C. (1997). *Commutare commuovere. Transiti dal gruppo all'individuo e viceversa, in Emozione e interpretazione* (a cura di Gaburri E.). Torino: Bollati Boringhieri, 1997

Yalom, D. I., Molyn, L. (2003). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri

**Note sugli Autori:**

**Francesco Comelli e Valerio Galeffi:**

Responsabili del centro ABA di Roma, via Giambullari 8 Roma cell.: 3282526325

e-mail [valerio.galeffi@gmail.com](mailto:valerio.galeffi@gmail.com)  
[francesco.comelli@alice.it](mailto:francesco.comelli@alice.it)