

Gruppo omogeneo, ricerca, istituzione

Francesca Natascia Vasta*, Raffaella Girelli**

Abstract

Il lavoro delinea le complesse relazioni tra ricerca empirica, programmi terapeutici e Istituzione ospitante. Viene considerato lo stato attuale della ricerca in Italia dove emerge quale dato critico l'assenza di risultati rispetto ai processi terapeutici e all'effectiveness del trattamento gruppale per il disturbo alimentare. Lo scenario oggetto d'indagine è il gruppo omogeneo per pazienti con disturbi alimentari condotto in un servizio sanitario pubblico dedicato. Dopo aver enucleato alcuni principi metodologici alla base della ricerca tra cui la stretta connessione fra la teoria di riferimento per il fenomeno indagato e gli strumenti utilizzati vengono descritti questi ultimi e riferiti i risultati emersi. In conclusione allo stato attuale dei risultati, sembrano delinearsi alcune ipotesi più specifiche da sottoporre a validazione:

- verifica della correlazione fra i miglioramenti conseguiti (diminuzione del senso di esclusione e delle emozioni dolorose) e specifici processi gruppali attraversati nel corso della terapia;
- verifica della correlazione fra comparsa di vissuti depressivi e leggera ripresa sintomatologica e attraversamento della fase gruppale di transito verso un campo più differenziato rispetto a quello monosintomatico.

Parole chiave: gruppo omogeneo, disturbi del comportamento alimentare, campo istituzionale, outcome terapeutico.

Abstract

The work outlines the complex connection among empiric research, therapeutic programs and host institution. It is considered the current research state in Italy. Italian research field is analyzed and critic data are outlined: lack of results regarding both the therapeutic processes and the effectiveness of eating disorders group analytic treatment. The work investigates on an eating disorders homogeneous group, led into an eating disorder outpatient service. First we present the methodological steps the research is based on including the strong connection among theory and clinical tools. Secondly clinical tools are described and the results commented. Finally, our results suggest the necessity of validating some more specific hypothesis:

- verifying the relationship between clinical improvement (sense of exclusion and painful emotions reduction) and specific group therapeutic processes ,
- verifying the relationship between depressive feelings, relapses and transition trough a more differentiated groupal field.

Key words: homogeneous group, eating disorders, institutional field, therapeutic outcome.

Introduzione

Ogni periodo storico ed ogni contesto sociale produce situazioni diverse. Neri (2008) ha declinato in maniera originale la nozione relativa alla "struttura del sentimento sociale" del sociologo Williams applicandola al contesto del piccolo gruppo a finalità analitica. L'idea presentata da Williams è che ogni generazione accede più facilmente a un certo insieme di pensieri, molto più faticosamente e difficilmente ad altri. Questo *corpus* di pensieri appartiene propriamente a una certa epoca, ogni individuo condivide in diversa misura questo campo

specifico di pensieri proprio perché fa parte di una data generazione. La struttura del sentimento sociale è trasmessa in maniera subliminale e trans- personale, non è appresa attraverso canali istituzionalmente e socialmente preposti alla trasmissione di conoscenze e valori. Nel presente contributo la nostra riflessione si muove appunto da questo presupposto, declinandolo nel campo istituzionale sanitario. In particolare, ci interroghiamo su come attualmente risulti possibile mettere insieme, attraverso collegamenti sensati, i presupposti teorici e le ricerche empiriche nell'ambito di un certo modello di malattia e di cura. Trattando dei disturbi del comportamento alimentare, e registrandone attualmente l'alta frequenza epidemiologica¹, proponiamo una riflessione antropologica. Osservando l'area sanitaria, possiamo vedere come da un lato il fenomeno della globalizzazione ci richieda di uniformarci nelle metodologie e nelle prassi di intervento clinico e di ricerca, dall'altro è attesa una forma di accreditamento nei vari settori di competenza. L'accREDITamento è ritenuto generalmente garantito dalla produzione di dati quantitativi, considerati a loro volta prova *esclusiva* di risultati certi e verificabili. In questa rincorsa al "dato", che rappresenterebbe il risolto comportamentale del sentimento sociale prima descritto, il clinico si può trovare nella posizione paradossale - nonché discutibile su un piano metodologico- di adempiere a entrambi i ruoli: di ricercatore e di terapeuta. Specialmente nelle istituzioni sanitarie pubbliche, le esigenze aziendali di ottimizzazione delle risorse

¹ In Italia, la crescente nascita di centri per la cura dei DCA si accompagna al preoccupante tasso di incidenza delle patologie alimentari. I Dati Eurispes parlano di circa 3 milioni di persone affette da disturbi del comportamento alimentare nel nostro Paese. I dati diffusi dal Ministero della Salute diffondono la notizia di oltre 9.000 nuovi casi ogni anno, soprattutto nella fascia di età tra 12 e 25 anni. In media 6 nuovi casi di disturbi del comportamento alimentare ogni 100.000 abitanti. L'incidenza dell'anoressia nervosa negli ultimi anni risulta stabilizzata su valori di 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti, mentre quella della bulimia nervosa risulta in aumento ed è valutata in 9-12 casi annui. Quindi considerando un incremento medio annuo di circa 6 casi ogni 100.000 abitanti, come indicato dai dati del Ministero della Salute, ogni anno 3.500 persone si ammalano di anoressia. Stesso calcolo per le persone malate di bulimia: con una media di circa 10 nuovi casi ogni 100.000 abitanti, si tratterebbe di circa 6.000 casi l'anno (Comunicato Stampa Eurispes, agosto 2008).

sostengono questa posizione e in più chiedono al clinico di vedere quanti più pazienti possibile. In questo contesto il rischio è di guardare al gruppo terapeutico come una *soluzione passe-partout*, senza che vi sia un pensiero preliminare sulla sua specifica valenza terapeutica. Un tale pensiero non può emergere facilmente in un campo istituzionale saturato dagli elementi che abbiamo tentato di descrivere. Inoltre, nel caso specifico dei servizi di cura dedicati ai DCA, si rischia di attivare specularmente alle modalità qualificanti la psicopatologia alimentare (ossessione e controllo) un modo di fare ricerca più orientato alla produzione compulsiva di risultati – sotto la spinta di una sorta di imperativo sociale “al fare ricerca!”, per conseguire “tutto e subito!” - che non al collegamento tra la riflessione teorica alla base della cura e la rilevazione empirica- frutto invece di un autentico mandato istituzionale.

Istituzione e Ricerca

In *The Social System* il sociologo Parsons (1951) analizza in una prospettiva struttural-funzionalista il significato e le ripercussioni sociali della malattia. La malattia interviene quale fattore che rende le persone incapaci di assolvere efficacemente ai propri ruoli sociali e come tali necessitano di aiuto per essere reintegrate nella società (in modo funzionale).

Oggi in effetti l’impatto sul piano sociale del fenomeno DCA è notevole, anche perché è solo di recente comprensione che l’intervento di cura efficace per questo tipo di psicopatologia deve prevedere una collaborazione interdisciplinare (medici internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori e infermieri). Spesso si pensa che questo debba avvenire solo in regime di degenza o semidegenza ed in situazioni limite. In realtà si tratta di utilizzare un approccio globale alla malattia in

questione, rispettoso della sua complessità, il che richiede in ogni caso l'ancoraggio a specifici *vincoli di cura* (Pontalti 2009). Chi si occupa di DCA deve, per quanto possibile, integrare campi mentali e disciplinari diversi, conoscendone i codici o sforzandosi di avvicinarli.

La persona con psicopatologia alimentare, spesso con la sua famiglia, entra in un circuito di cura che sostanzialmente include tre aree che configurano la rete dei servizi con i suoi nodi ed i suoi percorsi interni. Descriviamo brevemente queste tre aree cui corrispondono tre livelli di accesso alla cura e tre rispettivi campi di indagine per la ricerca empirica.

Servizi di base: questo primo livello include servizi che non sono specifici per i DCA, bensì indirizzati all'utenza generale; ne fanno parte medici di medicina generale, pediatri di base, operatori sociali, farmacisti, educatori. Queste figure necessitano di formazione e sostegno, dato che partecipano alla delicata fase dell'invio a specialisti. Giocano quindi un ruolo nell'orientare il paziente e l'incontro con loro può costituire per i pazienti una sorta di "imprinting" alla relazione terapeutica, quale bagaglio in entrata che si porteranno dietro nei successivi eventuali incontri terapeutici.

Servizi specialistici di libero accesso: si tratta di ambulatori pubblici, privati e del privato sociale, rivolti esclusivamente a soggetti con problemi alimentari. Offrono: terapie ambulatoriali, ricoveri in *day-hospital*, fino a programmi terapeutici strutturati, comprensivi di psicoterapie individuali e di gruppo, gruppi psico-educazionali, attività riabilitative da centro diurno. Gli utenti spesso vi vengono inviati dagli operatori dei servizi di base o possono anche accedervi autonomamente.

Servizi residenziali di riabilitazione intensiva metabolico nutrizionale e psicologica: rientrano in quest'ultima categoria i servizi residenziali, le comunità terapeutiche a programma speciale per i DCA o comunque ad alta intensità di cura. Possono ospitare una tipologia di utenza di

numerosità contenuta.

Ci sembra importante fornire questa breve illustrazione dei contesti di cura, per definire un elemento di specificità del nostro ambito di ricerca. Il campo di indagine infatti in cui ci muoviamo è quello del secondo livello di cura: i servizi specialistici di libero accesso. La ricerca presentata in questo lavoro è stata appunto condotta presso un'Unità Operativa per i DCA² del Dipartimento Dipendenze presente nel territorio della Provincia di Roma.

Riflettendo sulla metodologia della ricerca: alcuni punti fermi

Desideriamo ora specificare alcuni elementi stabili che accompagnano e definiscono il nostro metodo di ricerca. Il primo elemento riguarda la diagnosi, ossia in quale misura e con quale finalità inseriamo l'aspetto diagnostico nella ricerca. Il secondo, che in parte abbiamo già declinato, riguarda il campo di indagine e il contesto di cura. Il terzo attiene al campionamento e l'ultimo descrive propriamente il vertice di analisi dal quale progettiamo e realizziamo le ricerche empiriche. Per quanto concerne la diagnosi, utilizziamo questa nozione nei termini di una valutazione diagnostica multi-assiale, in linea con un modello della malattia e della cura di tipo bio-psico-sociale integrato. La valutazione diagnostica, che diventa per noi un'importante variabile di entrata e che viene ripresa nelle misure di esito della ricerca, risulta da una valutazione attenta sulle condizioni mediche, psichiche, sociali del paziente.

Intendiamo dire che l'approccio diagnostico-categoriale proposto dal DSM IVR (APA 2000) si presta ad un uso funzionale nella ricerca, per gli scopi che verranno tra breve elencati. Tuttavia, resta prioritario per noi un approccio al discorso diagnostico non riduttivo che tenga in

² Si ringrazia il dott. Giancarlo di Luzio che ha condotto il gruppo terapeutico oggetto della presente indagine.

serio conto un'attenzione alla complessa singolarità di ciascun paziente secondo un'impostazione propriamente psicologico-clinica. Questa scelta metodologica motiva, tra l'altro, l'inserimento nella batteria dei test, che verranno descritti nei paragrafi seguenti, di uno strumento proiettivo (il reattivo grafico di Wartegg).

Utilizzare la diagnosi e le eventuali modificazioni nei suoi correlati sintomatologici, nell'analisi delle misure di esito, significa per noi anche riflettere sui risultati per dare luogo ad un flessibile sistema di cura sul piano organizzativo e dotato di funzioni auto-riflessive migliorative.

Seguendo Armezzani (2004), parliamo di diagnosi non classificatoria né definitiva, bensì di diagnosi transitiva, di costruttivistica memoria, finalizzata al comprendere il disturbo, senza categorizzarlo, ragionando in termini propositivi nell'individuazione di strade potenzialmente percorribili.

In questa prospettiva, riteniamo utile introdurre l'elemento diagnostico in ambito di ricerca perché consente: uno *screening* su popolazioni a rischio; confronti cross-culturali per individuare variabili sociologiche che potrebbero influenzare l'insorgenza della malattia; studi epidemiologici; correlazioni fra le sindromi alimentari e specifici tratti di personalità; la verifica di un'eventuale comorbilità psichiatrica; la verifica degli esiti di diversi trattamenti psicoterapeutici e di poterli confrontare tra loro (Raffagnino, Reda 2004).

Il secondo elemento è relativo al contesto in cui si realizza l'intervento terapeutico oggetto di studio, che nel nostro caso è quello ambulatoriale pubblico (servizi di secondo livello).

Il terzo elemento concerne la tipologia di campione, in particolare un dato costante delle nostre ricerche riguarda la sua numerosità. Quest'ultima è necessariamente limitata, in quanto vincolata al modello di terapia del piccolo gruppo a finalità analitica (8-10

partecipanti al massimo)³.

Infine, il quarto elemento descrive il nostro interesse su un piano propriamente euristico, quello di offrire un contributo all'applicazione della gruppoanalisi in campo istituzionale, con una duplice finalità: misurare l'efficienza (*effectiveness*)⁴ del gruppo quale dispositivo di cura per pazienti con DCA e identificare situazioni che siano di raccordo tra il modello teorico e l'attuazione clinica. Intendiamo dire che le nostre indagini pongono l'accento non solo e non tanto su quanto funziona il gruppo, bensì su come, perché e per chi funziona. Detto in altri termini, è per noi molto utile l'analisi dei processi terapeutici gruppali. Tutto questo colloca le nostre ricerche nel filone di area psicopatologica e le distingue da quelle orientate a indagare i fattori di rischio e le cause della malattia.

Ne consegue una linea metodologica precisa anche per la scelta degli

³ Altre caratteristiche specifiche del campione indagato nella ricerca presentata in questo lavoro sono descritte nel paragrafo "Il metodo di ricerca".

⁴ Utilizziamo il termine "efficienza" nel senso delineato da Seligman nel 1995 e sottolineato da Migone (2005, pp. 103-114): "gli studi sulla efficacia (*efficacy*) misurano il risultato di una terapia sotto condizioni strettamente controllate, come in laboratorio, usando gruppi di controllo, distribuzione randomizzata dei pazienti nei gruppi, accurato training dei terapeuti secondo un manuale psicoterapeutico, durata standardizzata della terapia, ecc. Gli studi sulla efficienza (*effectiveness*) invece misurano il risultato di una terapia sotto le condizioni meno controllate della pratica clinica reale di tutti i giorni, non nel laboratorio. Mentre gli studi sulla efficacia enfatizzano la validità "interna", gli studi sulla efficienza enfatizzano la validità "esterna" o ecologica, cioè la generalizzabilità dei risultati alla popolazione generale, nella pratica clinica reale". Riteniamo preziosa questa distinzione terminologica e metodologica sia per inquadrare correttamente le diverse ricerche in corso sulla psicoterapia di gruppo e non solo sia per contestualizzare ulteriormente la nostra finalità di indagine. Siamo infatti in sintonia con le osservazioni di Migone (*ivi*) riguardo la necessità di accostarsi in maniera prudente e critica alla: "compilazione degli elenchi dei cosiddetti *Empirically Supported Treatments (EST)*, cioè dei trattamenti supportati empiricamente o *evidence-based* (basati sulle evidenze), che sarebbero le uniche terapie che funzionano mentre tutte le altre non dovrebbero più essere praticate". Egli, avvalendosi anche degli studi effettuati da Drew Westen, esperto ricercatore di queste problematiche, conclude in maniera documentata che la trasposizione lineare dei principi della Medicina Basata sull'Evidenza all'ambito della psicoterapia sia discutibile. Infatti, per poter rispettare gli assunti di questo modello di ricerca accade che "i pazienti che vediamo nella nostra pratica clinica quotidiana assomigliano molto di più ai pazienti che vengono esclusi dagli studi sugli *EST* che a quelli che vengono inclusi [... dato che] questa metodologia riflette un misto di buona scienza (applicazione sofisticata del disegno sperimentale) e di una serie di assunti empiricamente non corretti per molti disturbi e tipi di terapie. Non è un caso che molti di questi studi ci hanno ripetutamente messo di fronte al [...] paradosso della equivalenza tra tutte le psicoterapie". Senza assumere posizioni estremiste e "demonizzanti", ma piuttosto in direzione di una integrazione sempre maggiore fra le diverse metodologie, siamo in linea con l'ipotesi conclusiva dell'autore di coordinare il più possibile gli esiti di questo filone di ricerche con quello, da noi stesse perseguito, di misurare l'efficienza degli interventi, legato ai limiti (e alla ricchezza) di uno stretto collegamento fra l'esperienza clinica reale e la verifica empirica.

strumenti.

L'esame della letteratura mostra come gli strumenti diagnostici siano spesso utilizzati nelle ricerche senza un esplicito riferimento all'orientamento teorico. A nostro avviso, questo può essere considerato un corollario di quanto già denunciato riguardo alla scarsa pre-concezione degli impianti delle ricerche. La pressione a produrre dati può spingere a utilizzare strumenti *tout court* piuttosto che a impiegare tempo ed energie nella scelta di strumenti che siano in linea con l'assunto teorico adottato per il fenomeno oggetto di indagine. Abbiamo scelto in questa prospettiva sia strumenti specifici per i DCA sia non specifici, ma comunque coerenti con le ipotesi teoriche a cui facciamo riferimento (vedi paragrafi: "L'oggetto della ricerca", "Note sul modello eziopagenetico dei DCA", "Il metodo di ricerca").

Vorremmo anche sottolineare che molte delle ricerche tese a verificare l'efficacia del trattamento per i DCA, misurano comunemente solo il cambiamento sintomatologico della patologia (Lo Coco, Prestano, Lo Verso 2008). Il nostro interesse riguarda, invece, in accordo con l'ipotesi eziopatogenetica con cui si considera la patologia alimentare e che verrà illustrata più avanti, l'uso di parametri specifici per valutare il cambiamento qualitativo nel funzionamento psicologico dei pazienti.

Non solo, le nostre indagini vertono anche sull'identificazione di eventuali parallelismi fra gli effetti terapeutici riscontrabili sui singoli pazienti e specifiche modalità di funzionamento del campo mentale omogeneo che si configurano in vere e proprie fasi di processo gruppale⁵. Il nostro impegno sul piano euristico consiste quindi nell'illuminare meglio questi passaggi attraverso la raccolta di dati, in intervalli di tempo prefissati, tali da ripercorrere appunto le fasi di

⁵ Ciò che si è potuto osservare in questa prospettiva nella ricerca empirica presentata in questo lavoro è contenuto nel paragrafo "Conclusioni".

vita gruppale. Questi processi propri del gruppo omogeneo⁶ sono stati già in parte enucleati e descritti sul piano teorico e clinico (Corbella, Girelli, Marinelli 2004; Curi Novelli 2010; Marinelli 2008; con riferimento specifico al gruppo omogeneo per i DCA: Gibin 2009; Marinelli 2004a; Vasta 2005; Vasta Caputo 2004; Vasta Scoppetta 2010).

Limiti, difficoltà e problemi della ricerca in psicoterapia dinamica

Sappiamo che insieme alle fiorenti e preziose pubblicazioni teoriche in ambito dinamico e psicoanalitico, si accompagna una generale difficoltà nel reperire contributi di ricerca applicata che seguano il medesimo orientamento teorico; a differenza di quanto accade invece per altri orientamenti quali, tra gli altri, quello cognitivo-comportamentale (Burlingame, MacKenzie, Strauss 2004 citati in Prestano, Lococo 2008; Fassone 2004) .

A spiegazione di ciò, possiamo rinvenire molteplici ragioni, tra cui i limiti con cui deve fare i conti la ricerca applicata in ambito psicodinamico e psicoanalitico quali:

- l'impossibilità di attuare ricerche in "doppio cieco", ossia di costituire un gruppo di controllo;
- la difficoltà di selezionare adeguati indicatori di *outcome* correlati con il risultato terapeutico, in quanto nella ricerca sul caso clinico di impostazione psicodinamica non si può ritenere di far coincidere il cambiamento terapeutico con la sola remissione del sintomo, dato per assunto che l'efficacia

⁶ In estrema sintesi, possiamo enucleare in tre punti le caratteristiche qualificanti il gruppo omogeneo: si compone di membri con la stessa sintomatologia o che condividono una stessa tematica esistenziale o lo stesso periodo di ciclo vitale; la durata può essere prefissata quindi a tempo limitato; la conduzione segue un orientamento psicoanalitico.

dell'*outcome* sia imputabile all'azione sui tratti di personalità del paziente;

- l'insufficienza delle prove emerse dalle ricerche per realizzare generalizzazioni radicali data l'esiguità dei campioni a disposizione stante i criteri numerici di composizione dei piccoli gruppi a orientamento psicodinamico (Lo Coco, Lo Verso 2006).

L'oggetto della ricerca

L'ipotesi di partenza della ricerca, sottoposta a validazione, si fonda sulla applicazione del gruppo omogeneo condotto secondo la tecnica gruppo analitica nel trattamento del disturbo anoressico-bulimico, che si presume possa produrre un cambiamento clinico nei membri del gruppo, cambiamento che non coincide solo con la remissione dei sintomi ma in particolare si traduce in effetti trasformativi su quelle aree interpersonali che risultano particolarmente danneggiate in pazienti con disturbo alimentare. In particolare ci si riferisce ad un deficit significativo nel senso di appartenenza e condivisione. Il senso soggettivo d'appartenenza si basa sulla percezione della condivisione di qualcosa con gli altri membri del gruppo, come valori, scopi, ideali, interessi, esperienze, che incentivi la sensazione dell'individuo stesso di farne parte; il senso di appartenenza è una funzione primaria e precoce nello sviluppo psichico, datore specificatamente del senso del legame, dell'essere con, della continuità stessa dell'esistere, da cui la personalità normale sa trarre beneficio (Procacci et al. 2002).

Note sul modello eziopagenetico dei DCA⁷

In questa sede non ci proponiamo di illustrare il modello teorico relativo all'eziopatogenesi dei DCA. In breve, facciamo riferimento ad

⁷ Per un'esauritiva illustrazione della teoria di riferimento si rimanda alle seguenti voci bibliografiche: Curi Novelli 2004; Marinelli 2004a, 2008a; Jeammet 2004.

un modello di matrice psicoanalitica che considera i DCA da tre vertici: individuale, familiare e sociale. Per ragioni connesse con la nostra ipotesi di ricerca, indichiamo che a tutt'oggi consideriamo molto attuali e valide le idee proposte da Bruch (1973, 1978) che considera il sintomo alimentare, in particolare quello anoressico, come espressione di un deficit identitario, correlato all'assunzione di un falso Sé che esita nella configurazione di un Io che si regge sul disturbo alimentare. Tale esito si attualizza spesso nella fase adolescenziale. Nei suoi diversi scritti la Bruch presenta numerosi casi clinici dove collega la genesi della fragilità identitaria alla prima infanzia, momento nel quale la futura paziente ha vissuto un'inadeguata regolazione affettiva nelle relazioni primarie. Il sintomo assume la funzione di auto-cura e si rivela come una protezione dal mondo, dagli altri, dall'altro da sé, una protezione da tutto ciò che è percepito minaccioso in quanto non può essere previsto, controllato e regolato.

La Bruch (1973) indica tre aree di funzioni psicologiche particolarmente danneggiate nei pazienti che presentano un DCA:

- disturbi gravi nell'immagine corporea: distorsioni nel modo di vedere e percepire il proprio corpo
- errata interpretazione degli stimoli esterni e interni al proprio corpo
- profondo senso di inefficacia personale ed interpersonale.

Il metodo di ricerca

Il tipo di disegno sperimentale che è stato adottato è quello per casi singoli a misure ripetute, per cui i soggetti del gruppo sono stati sottoposti tutti alle stesse condizioni di trattamento (*within subjects*), cioè tutti alle medesime rilevazioni multiple cadenzate, quali:

- un pre-test, prima del trattamento nel gruppo (incluso uno *screening* psicodiagnostico);
- una rilevazione dopo un anno di trattamento terapeutico.

Il campione oggetto di studio si componeva di 10 soggetti (età media = 27,8), di cui 6 con diploma superiore, uno con diploma universitario e 3 con laurea, selezionati sulla base dei seguenti requisiti:

- la presenza di diagnosi di anoressia nervosa (secondo i criteri diagnostici del DSM IVR);
- sesso femminile;
- età dai 18 anni in su;
- permanenza di almeno 10 mesi presso il servizio pubblico.

Programma della ricerca

L'ipotesi è stata sottoposta a validazione ricorrendo alla comparazione dei dati della somministrazione di una batteria di test prima dell'ingresso dei membri nel gruppo (pre-test o *base-line*) con quelli ottenuti nella seconda somministrazione (re-test), a 12 mesi dall'avvio della terapia.

Gli strumenti

Gli strumenti utilizzati per la valutazione sono stati i seguenti:

- il S.A.C., o Questionario sul Senso di Appartenenza e Condivisione, che quantifica il senso di appartenenza e condivisione riferite sia ad un contesto relazionale duale, sia gruppale;
- l'EDI-2, l'*Eating Disorder Inventory 2*, che rappresenta uno strumento di autovalutazione dei sintomi comunemente associati ad anoressia nervosa e alla bulimia nervosa;
- l'SCL-90-R, *Syptom Check List 90 Revised*, che è una scala di valutazione dei sintomi percepiti dal paziente nell'ultima settimana prima della somministrazione, utile sia per formulare

una diagnosi psichiatrica e una prognosi, sia per valutare nel tempo l'andamento del trattamento di cura;

- il Wartegg, che è un test grafico proiettivo, semi-strutturato, somministrato all'avvio del trattamento per uno *screening* di personalità dei soggetti.

Si riportano di seguito alcune informazioni sul reattivo di personalità, prima di entrare nel merito del disegno sperimentale.

Informazioni preliminari sul test di E. Wartegg⁸

Il Wartegg è un test grafico proiettivo, semi-strutturato (così definito in quanto il materiale grafico è non familiare, non organizzato ma i vari segni stimolo possiedono una precisa identità, cioè esiste un livello iniziale di definizione condivisa dello stimolo).

Il modulo del test di Wartegg è un foglio in cui sono inseriti 8 riquadri, numerati, disposti su due file parallele (i primi 4 riquadri nella prima e gli ultimi 4 nella seconda), suddivisi da un ampio bordo nero.

Ciascun riquadro (d'ora in poi anche R) contiene un segno grafico che il soggetto, seguendo la consegna, deve utilizzare come spunto per fare un disegno di senso compiuto al suo interno.

Ciascun riquadro corrisponde a un'area della personalità:

R1 autovalutazione

R2 vitalità, rapporto primario (col materno)

R3 energia, attività

R4 autorità, rapporto col paterno

R5 aggressività, modalità di gestione dei conflitti

R6 razionalità

R7 sessualità, sensibilità

R8 socializzazione, modalità di relazione in gruppo

Fondamentale è il rispetto delle norme di siglatura per garantire

⁸ Si ringrazia vivamente l'Istituto Italiano Wartegg e in particolare il dott. A. Crisi per la supervisione scientifica prestata all'uso dello strumento nella presente ricerca.

l'uniformità della raccolta dei dati.

La siglatura è una procedura di attribuzione di punteggio alle esecuzioni al test fornite dal soggetto, sulla base di specifici criteri. Per la descrizione dei criteri di siglatura, così come per qualsivoglia approfondimento sull'uso del reattivo, si rinvia al testo di Crisi (2007). A partire dai punteggi di siglatura si ricavano, attraverso specifici calcoli, gli indici formali del test su cui si basa l'interpretazione (non si tratta quindi di un'interpretazione contenutistica *tout court* sulla base di quanto disegnato dal soggetto).

Un esempio di siglatura e valutazione⁹

Può essere utile, ai fini del nostro discorso, fornire un esempio (utilizzando il protocollo 9) di valutazione della personalità di un caso singolo attraverso questo reattivo. Esso può infatti collegarsi alla teoria sull'eziopatogenesi dei DCA.

La siglatura del protocollo 9 è disponibile in Appendice A.

Esaminiamo prima i risultati della valutazione "riquadro per riquadro", riportati qui di seguito, e poi quelli degli indici formali forniti dal test.

R1 CP; R2 SA; R3 S; R4 R; R5 CN; R6 CP; R7 CP; R8 S

Scelta (S): indica la massima valutazione possibile, si tratta di un'area ben integrata nella personalità.

Scelta ambivalente (SA): indica la presenza di ambivalenza e conflittualità percepite in maniera cosciente dal soggetto.

Compensazione negativa (CN): esprime un conflitto inconscio, necessita di lavoro terapeutico sul profondo.

Compensazione Positiva (CP): si differenzia dalla CN per caratteristiche *in fieri* positive (sussistono potenzialità latenti su cui è possibile fare del lavoro psicoterapeutico).

Rinvio Ambivalente (RA): indica la presenza di ambivalenza e

⁹ Si specifica che il linguaggio utilizzato nella descrizione delle caratteristiche di personalità tratte dagli indici formali del reattivo corrisponde a criteri di comunicazione standardizzati e condivisi nelle relazioni illustrative dei protocolli.

conflittualità di cui il soggetto non ha consapevolezza e che condizionano una buona parte del comportamento del soggetto.

Rinvio (R): è la peggior valutazione possibile, si tratta di un'area completamente inconscia che condiziona tutto il comportamento del soggetto.

Consideriamo ora i risultati conseguiti nei termini dei principali indici formali e il valore normativo di riferimento per i medesimi indici (cfr. tabella 1).

Tabella 1. Indici formali, valori normativi, risultati

Indice formale	Valore/intervallo normativo dell'indice	Risultati Protocollo n. 9
CE+%	56-81	75
A+%	50-69	62
F+%	81-100; valore soglia 75	100
A/F	A<F per 1-2	2,5/4
V%	12-31	31
V+%	Non inferiore a 75-81	100
O%	6-18	19
O+%	Superiore a 81	100
I.A.	0-0,25; valore soglia 0,50	1
I.I.	0; valore soglia 0,25	0,12
I.T.I. 1	0,25-0,75	1,12
I.T.I. 2	(S+CP) - (SA+RA+R+CN) ≥ 2	2

Si commentano questi primi risultati, indice per indice. Le conclusioni che potranno essere tratte in base al test, tuttavia, dipendono dall'insieme dei risultati ottenuti ai vari indici, non da ciascuno di essi

preso isolatamente. Ecco perché si trarranno in seguito delle considerazioni conclusive a partire dalle ipotesi seguenti, formulate indice per indice.

L'indice CE+% si calcola in base a quanto il soggetto abbia saputo, oppure no, cogliere il "carattere evocativo" del segno-stimolo presente in ciascun riquadro del test. Un CE+% compreso entro i valori normativi indica che le funzioni percettive e i processi associativi del soggetto funzionano bene, e che, sulla base degli stimoli ricevuti dall'ambiente, il pensiero soggettivo si integra con quello del contesto di riferimento. Nel caso di questo protocollo, il valore è compreso nell'intervallo, pur allineandosi vicino al limite superiore. Si ricorda che un valore di CE+% che superi l'intervallo normativo rivela una ipersensibilità agli stimoli ambientali da parte del soggetto (come se la barriera, il filtro del pensiero soggettivo e "autonomo" fosse un po' "debole").

L'indice di affettività (A+%), che rappresenta una valutazione della disposizione affettiva del soggetto, presenta in questo caso un valore compreso nell'intervallo normativo. Man mano che ci si avvicina al limite superiore dell'intervallo, e nettamente nel caso in cui il soggetto lo superi, si tratta di stili di relazione interpersonale caratterizzati da atteggiamenti di compiacenza. Questi soggetti possono sembrare anche estremamente adattati, ma privi di spontaneità affettiva, e/o presentare tratti di dipendenza. Nel nostro protocollo, il valore è in effetti tendente al limite superiore.

L'indice di qualità formale della prestazione ai vari riquadri, F+%, fornisce informazioni di tipo propriamente cognitivo sul soggetto, sia quantitative (livello intellettuale) sia qualitative (relative ai processi mentali: attenzione, concentrazione, categorizzazione, anticipazione). Tali informazioni concorrono nella valutazione della capacità di giudizio della persona e della sua modalità di esaminare la realtà. Per F+% entro i valori normativi, si valuta la persona capace di esame di

realtà e di controllo cognitivo sulle espressioni della propria emotività/affettività. Il valore del nostro protocollo coincide con l'estremo superiore. Questo elemento rimanda nella stragrande maggioranza dei casi a personalità rigide, con forte controllo della sfera razionale su quella emotiva, con atteggiamenti conformistici e formali.

L'indice A/F, detto anche indice di stabilizzazione affettiva, evidenzia il rapporto fra affettività e razionalità dell'individuo che esegue il test. In una persona adulta, tale rapporto dovrebbe essere a favore della razionalità e dunque presentare un valore a favore della F compreso fra 1 e 2 punti. Nel nostro caso, il valore corrisponde a quello normativo. Ciò significa che la razionalità della ragazza controlla adeguatamente gli affetti (il che consente di sfumare leggermente quanto detto a proposito della rigidità segnalata dall'indice F+%).

Gli indici di frequenza della tipologia di risposte fornite ai riquadri, cioè del tipo di disegno effettuato, forniscono informazioni su quanto il soggetto si avvicina (V%, V+%) o si allontana in maniera critica (O%, O%+) dal pensiero del contesto di appartenenza. In particolare, se il V% corrisponde alla misura dell'aderenza del pensiero soggettivo a quello della collettività, il V+% riguarda la qualità dell'adesione. Seguendo Crisi e Pastore (2006, p. 142), spieghiamo inoltre che: *"L'O% (Percentuale delle risposte di contenuto originale) indica la capacità di elaborare in modo individualizzato, di distaccare le associazioni da un pensiero stereotipato e di crearne di originali [...] L'O+% (Percentuale delle risposte di contenuto originale di qualità formale positiva) valuta in che misura la capacità creativa del soggetto è adeguata e funzionale al processo di adattamento alla realtà (valore $\geq 81\%$) o, al contrario, è frutto di una conflittualità e/o problematicità personale (valore $< 81\%$)"*.

Nel protocollo in esame, il valore del V% coincide con l'estremo superiore dell'intervallo normativo e quello del V+% si colloca su

valori alti, a riprova della tendenza al conformismo già riscontrata negli altri indici (come se ci fosse da parte della ragazza una difficoltà a far emergere un pensiero personale e critico pur in presenza di un livello cognitivo elevato, cfr. F+%). La presenza infatti dell'O% che supera, anche se lievemente, l'intervallo di riferimento non consente di interpretare questo dato come un'espressione originale di pensiero ben integrata. Più il valore si allontana dall'estremo superiore dell'intervallo, superandolo, più ci si avvicina a situazioni soggettive in cui sussiste una difficoltà di comunicazione con gli altri e una prevalenza della fantasia sulla realtà. A questo proposito, come si può notare dalla siglatura del protocollo, si segnala che le risposte "semioriginali" e "originali" della ragazza, sulle quali si basa il calcolo dell'indice, sono state fornite rispettivamente al R4 (area del rapporto col paterno, quindi con l'autorità e con le regole) e al R8 (area dei rapporti sociali). Per quanto riguarda l'O+%, il suo valore superiore a 81 garantisce sull'assenza di bizzarria di pensiero.

L'indice di ansia (I.A.) misura la presenza di ansia nel soggetto e in questo caso essa risulta piuttosto elevata. La funzione diagnostica dell'I.A., tuttavia, si esprime soprattutto per come concorre, insieme all'indice di impulsività (I.I.), al calcolo dell'indice di tensione interiore (I.T.I. 1), di seguito entrambi presentati.

L'I.I. esprime la misura in cui il soggetto è in grado di controllare le proprie dinamiche interne. Valori superiori allo 0,25 possono indicare stati di impulsività clinicamente significativi o forte conflittualità interiore. Nel nostro caso, ciò non risulta. Inoltre, il significato diagnostico dell'indice, per esempio, riguardo all'interrogativo se l'impulsività della persona si traduca o meno in un agito comportamentale, si precisa in relazione alla combinazione con l'I.A. nell'I.T.I. 1, come spiegato di seguito.

L'indice di tensione interiore (I.T.I. 1) esprime lo stato di malessere interno o tensione emotiva del soggetto. Si ottiene infatti dalla

somma dell'I.I. e dell'I.A. e può oscillare nell'individuo adulto fra 0,25 e 0,75. Il significato diagnostico dell'I.T.I. 1 è fornito precisamente dal rispettivo valore con cui ognuno di questi due indici contribuisce alla somma. Nel nostro caso il valore conseguito supera l'estremo superiore dell'intervallo normativo. Questo significa che la ragazza vive uno stato di tensione interna molto elevato. Tuttavia, poiché prevale la componente ansiosa dell'indice (I.A. =1) su quella impulsiva (I.I. =0,12), il rischio dell'agito comportamentale non dovrebbe sussistere.

L'indice I.T.I. 2 mette a confronto il numero di riquadri che hanno ricevuto valutazioni positive ("Scelta": "S" e "Compensazione positiva": "CP") con le altre valutazioni (Crisi 2003). La ragazza ha una leggera prevalenza di valutazioni positive e l'indice risulta pari al valore di soglia 2.

Consideriamo i due riquadri che hanno conseguito valutazione negativa. Si tratta del R4 valutato con "Rinvio" e del R5 valutato con "Compensazione negativa" (cfr. Appendice A). Il riquadro 4, come già ricordato, esprime l'area del rapporto con il paterno, l'autorità, le regole e il R5 è quello relativo all'area della gestione delle dinamiche conflittuali e aggressive.

Si tratta quindi di due nodi irrisolti e fra loro connessi della persona. Si può allora ipotizzare che gli atteggiamenti già enucleati di compiacenza nelle relazioni interpersonali e quella predisposizione a essere vulnerabili/sensibili agli stimoli ambientali, con la relativa difficoltà ad avere un pensiero proprio sulle cose, sono nel complesso anche risposte difensive a queste aree conflittuali inconsce. Lo stesso disturbo del comportamento alimentare, in questa prospettiva, può leggersi come tentativo – disfunzionale - di autoaffermazione.

Nelle appendici A e B si trovano rispettivamente le tabelle relative a tutte le siglature e ai risultati conseguiti al test di Wartegg dagli altri 9 soggetti.

I risultati

Prima di esporre di risultati, va tenuta presente la significatività di alcuni fattori importanti, quali: l'intervallo temporale preso in considerazione (un solo anno); la possibilità di manipolazioni consapevoli o meno da parte dei soggetti nella compilazione dei test; il *drop-out* di due membri nella fase del re-test che rappresenta un grave ostacolo legato allo stesso disegno sperimentale adottato, giacché esso è uno degli aspetti più critici in tutti i progetti di cura dei DCA.

SAC Paired Samples Statistics

		Mean	Std. Deviation	N
Pair 1	C_A	59,250	8	10,41633
	Tem	0		
	po 1			
Pair 2	C_A	57,875	8	9,87692
	Tem	0		
	po 2			
Pair 2	C_E	58,375	8	10,15505
	Tem	0		
	po 1			
Pair 3	C_E	58,875	8	9,28036
	Tem	0		
	po 2			
Pair 3	A_E	59,25	8	10,1805
	Tem	00		
	po 1			

	A_E			
	2			
	Tem	56,12		
	po	50	8	9,99196
	2			
Pair	AS			
4	Tem	58,000	8	12,42118
	po 1	0		
	AS			
	Tem	57,125	8	8,74132
	po 2	0		
Pair	RMA			
5	Tem	54,875	8	11,38216
	po 1	0		
	RMA			
	Tem	52,500	8	9,91392
	po 2	0		
Pair	SR			
6	Tem	59,625	8	11,07039
	po 1	0		
	SR			
	Tem	59,375	8	9,63531
	po 2	0		
Pair	ED			
7	Tem	61,37	8	18,7535
	po 1	50		7
	ED2	57,62	8	15,9994
	Tem	50		4

Pair 8	po 2			
	ES	55,125		
	Tem	0	8	13,61131
	po 1			
	ES	56,000		
	Tem	0	8	11,82008
Pair 9	po 2			
	ED_I	48,875		
	Tem	0	8	7,33753
	po 1			
	ED_I	47,000		
	2	0	8	6,82433
	Tem			
	po 2			

Legenda

- C/A : Scala Condivisione/Appartenenza -
- S.R. : Strategie Relazionali
- C/E : Scale Condivisione/Estraneità -
- E.D. : Emozioni Dolorose;
- A/E : Scala Appartenenza/Esclusione -
- E./S : Emozioni di Superiorità
- D.A.M. : Deficit Abilità Metacognitive -
- E.D./I.: Emozioni
Distacco/Indifferenza
- A.S. : Autoriflessività Sé -
- L.: Lie.
- R.M.A : Rappresentazione Mente Altrui -

F.: Frequency

- D.A.S. : Deficit Abilità Sociali

I punteggi ottenuti nella tabella sono indicativi di:

- un *livello normale*, per punti T inferiori o uguali a 60;
- un *livello a rischio*, per punti T tra 61 e 64;
- un *livello critico*, per punti T uguali o maggiori di 65.

Le due scale dove si rileva una differenza tendenzialmente significativa fra il tempo 1 e il tempo 2, prima e seconda somministrazione sono:

Scala Appartenenza/Esclusione ($t(7) = 1.92, p < .10$)

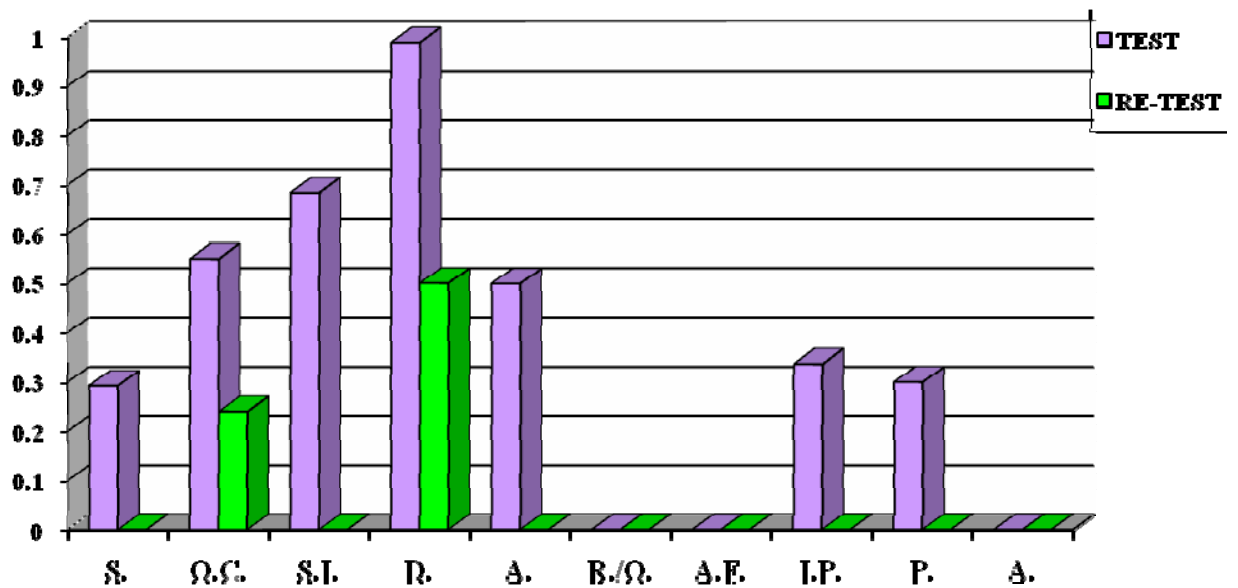
Emozioni Dolorose. ($t(7) = 2.33, p = .05$)

Come è possibile osservare dalla Tabella si riscontra una diminuzione significativa del vissuto di Appartenenza Esclusione, è interessante inoltre osservare che un altro miglioramento significativo si rileva per la scala Emozioni dolorose, dove al tempo 1 il punteggio rientrava in valori di rischio.

EDI 2 :

Per quanto riguarda l'EDI 2, è interessante osservare che, anche non raggiungendo la significatività statistica data l'esiguità del campione, si riscontra una riduzione dei punteggi medi dal tempo 1 al tempo 2 nelle scale quali: Impulso alla magrezza, Bulimia, Inadeguatezza, Consapevolezza enterocettiva, Sfiducia interpersonale.

Come per l'EDI 2 anche per l'SCL-90- non si raggiunge la significatività statistica per i numerosi *missing*, riportiamo a livello illustrativo i confronti prima e dopo attraverso il seguente grafico:



S. : Somatizzazione

Rabbia/ Ostilità

O.C. : Ossessività/Compulsività

Ansia Fobica

S.I. : Sensibilità Interpersonale

Ideazione Paranoide

D. : Depressione

Psicoticismo

A. : Ansia

Altri

R./O. :

A.F. :

I.P. :

P. :

A. :

Conclusioni

Nel presente contributo abbiamo riferito di una ricerca condotta per conto della cattedra di "Fondamenti di Dinamica di Gruppo" (prof. Claudio Neri, Facoltà di Psicologia 1, Università La Sapienza, Roma).

Da questo studio, come è stato riferito in dettaglio nel paragrafo "I risultati", è emerso un dato particolarmente interessante rispetto alla finalità dell'indagine.

La diminuzione significativa delle emozioni dolorose e del senso di esclusione rilevata con il re-test del questionario SAC consente in primo luogo di registrare un dato a favore del legame fra il miglioramento individuale e determinati fattori di processo grupppale. In questo caso, come descritto nel paragrafo "L'oggetto della ricerca", il senso di appartenenza e condivisione sembrano configurarsi come variabile critica sia per il percorso terapeutico di gruppo sia individuale.

In particolare, i risultati sulle emozioni dolorose e sul senso di esclusione possono essere ricondotti all'attraversamento di un anno di terapia grupppoanalitica in cui i membri hanno potuto fare esperienza di appartenere a uno spazio comune affettivamente investito da loro stessi e che ha svolto funzione di contenitore specializzato per i loro peculiari vissuti legati agli aspetti comuni della malattia. Questa funzione è fra quelle descritte come proprie del gruppo omogeneo (Marinelli 2004).

La funzione di contenitore specializzato si attiva in concomitanza del crescere di un senso di coesione fra i membri e di una loro capacità elaborativa rispetto al tema comune, con tempi piuttosto accelerati rispetto a quelli del gruppo eterogeneo (Vasta Scoppetta 2010). In effetti i nostri risultati sono stati rilevati dopo un anno di terapia gruppo analitica. Dopo questa fase, è attesa quella della differenziazione fra i membri rispetto all'elemento comune (malattia/tematica), fase che prevede propri movimenti oscillatori fra la coesione sul monosintomo da un lato e la spinta alla separazione-individuazione dall'altro (Corbella 2004). Dall'esperienza clinica, emerge che in questa fase delicata e centrale per il processo di ristrutturazione identitaria da "malata di" a "persona" possa verificarsi una leggera ripresa della sintomatologia tipica e un aumento dei vissuti depressivi.

Ci auguriamo di potere approfondire e migliorare la validazione

dell'ipotesi generale secondo la quale il gruppo offre significativi risultati a livello di ristrutturazione identitaria dei membri con diagnosi di anoressia nervosa.

Nello stesso tempo, allo stato attuale dei risultati, sembrano delinearsi alcune ipotesi più specifiche da sottoporre a validazione, che stiamo testando e presenteremo a un prossimo simposio (ottobre 2010):

- verifica della correlazione fra i miglioramenti conseguiti (diminuzione del senso di esclusione e delle emozioni dolorose) e specifici processi gruppali attraversati nel corso della terapia;
- verifica della correlazione fra comparsa di vissuti depressivi e leggera ripresa sintomatologica e attraversamento della fase gruppale di transito verso un campo più differenziato rispetto a quello monosintomatico.

Stiamo inoltre attualmente lavorando in sinergia con altri gruppi di lavoro (Università La Sapienza di Roma, Università di Palermo, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma) per costituire un *network* italiano dedicato alla ricerca sui gruppi psicodinamici che possa aiutare a seguire protocolli condivisi pensati per essere flessibili e utilizzabili a seconda del contesto di applicazione.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2000). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IVR)*, a cura di: Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R.. Masson, Milano, 1996.

Armezzani M. (2004). Strumenti psicodiagnostici nei disturbi del comportamento alimentare. In Nizzoli U., Pissacroia M. (a cura di) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*. Piccin, Padova.

Bruch H. (1973). *Patologia del comportamento alimentare: obesità,*

anoressia mentale e personalità. Feltrinelli, Milano, 1995.

Bruch H. (1978). *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*. Feltrinelli, Milano, 2003.

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., Girelli R., Marinelli S. (a cura di) (2004). *Gruppi omogenei*. Borla, Roma.

Crisi A. (2003). Nuovi indici diagnostici nel test di Wartegg. *Babele*, 24, pp. 59-61.

Crisi A. (2007²). *Manuale del test di Wartegg*. Edizioni Magi, Roma.

Crisi A., Pastore L. (2006). La valutazione psicodiagnostica: uno studio pilota condotto con il test di Wartegg. In Pastore L. (a cura di) *Il fenomeno del mobbing. Aspetti psicologici e strumenti di ricerca-intervento*. Franco Angeli, Milano.

Curi Novelli M. (a cura di) (2004). *Dal vuoto al pensiero. L'anoressia dal vertice psicoanalitico*. Franco Angeli, Milano.

Curi Novelli M. (a cura di) (2010). *Lavorare con il gruppo specializzato. Teoria e clinica*. Franco Angeli, Milano.

Fassone G. (2004). Overview. Stato dell'arte della psicoterapia di gruppo. cognitivo-comportamentale nel trattamento dei principali disturbi psichiatrici. *Cognitivismo Clinico*, 1, 2.

Gibin A.M. (a cura di) (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari. Terapie, formazione, ricerca*. Franco Angeli, Milano.

Jeammet P. (2004). *Anoressia bulimia. I paradossi dell'adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese*. Franco Angeli, Milano, 2006.

Lo Coco G., Lo Verso G. (2006). *La cura relazionale: disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*. Raffaello Cortina, Milano.

Lo Coco G., Prestano C., Lo Verso G. (a cura di) (2008). *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*, Raffaello Cortina, Milano.

Marinelli S. (2004). Funzioni dell'omogeneità nel gruppo. In **Corbella S., Girelli R., Marinelli S.** (a cura di) *Gruppi omogenei*. Borla, Roma.

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

Marinelli S. (2008). Omogeneità ed evoluzione della protomente. In **Marinelli S.** (a cura di) *Studi ed esperienze a partire da Bion*. Borla, Roma.

Marinelli S. (2008a). *Contributi della psicoanalisi allo studio del gruppo*. Borla, Roma.

Migone P. (2005). Sono veramente efficaci le psicoterapie evidence-based? *Il ruolo terapeutico*, 98, pp. 103-114.

Neri C. (2008). El sueño de la pequeña mujer perfecta. *Clínica y análisis. grupal*, 30, 2, pp. 49-66.

Parsons T. (1951). *Il sistema sociale*. Edizioni di Comunità, Milano.

Pontalti C. (2009). La vita, i setting, la psicopatologia: sfide sui confini della clinica tra epistemologie vincoli e trasformazioni. *Plexus*, 2, www.rivistaplexus.it.

Procacci P. et al. (2002). Il questionario sul senso di appartenenza e di condivisione (SAC): costruzione e validazione dello strumento. *Ricerca in Psicoterapia*, 5, 3, pp.123- 140.

Raffagnino R., Reda M.A. (2004). Metodologia della ricerca applicata nei disturbi del comportamento alimentare. In Nizzoli U., Pissacroia M. (a cura di) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*. Piccin, Padova.

Vasta F.N. (2005). Sul trattamento dei disturbi dell'alimentazione nel setting di gruppo. *Nuove prospettive in psicologia*, 2, 34, pp. 73-82.

Vasta F.N., Caputo O. (a cura di) (2004). Gruppi con pazienti anoressici: fattori terapeutici. *Funzione Gamma Journal*, 14,

www.funzionegamma.edu.

Vasta F.N., Scoppetta M. (2010). Gruppo omogeneo, tempo limitato e disturbi alimentari. *Funzione Gamma Journal*, www.funzionegamma.edu. (in corso di edizione).

***Francesca Natascia Vasta**, psicologa, psicoterapeuta, specialista in psicologia clinica, gruppoanalista. Professore a contratto di psicologia generale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma per l'aa 2009/10, Professore a contratto di Laboratorio di psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 2 dell'Università "La Sapienza" di Roma per l'aa 2009/10. Co-responsabile con Antonino Aprea dell'Associazione Professionale "Centro Specialistico di Psicologia Medica. Insieme a R. Girelli, si occupa da diversi anni di ricerca sui processi di cura nel gruppo ad orientamento psicoanalitico attraverso progetti finanziati dall'Università La Sapienza per la cattedra del Professor Claudio Neri.

****Raffaella Girelli** psicologa clinica psicoterapeuta gruppoanalista. Docente per l'aa 2009-10 di "Laboratorio - Fondamenti di Dinamica di Gruppo" presso la Scuola di specializzazione in Psicologia Clinica 2 (Università "La Sapienza", Roma). Insieme a F.N. Vasta si occupa da diversi anni di ricerca sui processi di cura nel gruppo ad orientamento psicoanalitico attraverso progetti finanziati dall'Università La Sapienza per la cattedra del Professor Claudio Neri.

per la corrispondenza e` possibile scrivere a
francescanatascia.vasta@fastwebnet.it, raffigirelli@yahoo.it.