

## **L'analisi del testo di un Gruppo di Psicoanalisi Multi Familiare come azione e ricerca in una Comunità Terapeutica pubblica**

*Fiore Bello, Eleonora Baroni, Salvatore Mundanu, Josè Mannu, Maria Bonadies, Stefania Falcone*

### **Abstract**

Gli autori presentano una prospettiva di ricerca e azione su uno strumento di trattamento psicologico gruppale dei disturbi psicotici gravi in una Comunità Terapeutica pubblica. Hanno registrato alcune sedute di Psicoanalisi Multifamiliare, ne hanno analizzato il testo trascritto e ne forniscono una lettura che hanno utilizzato per orientare e guidare il loro stesso intervento terapeutico.

**Parole chiave:** Comunità Terapeutica, Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare, ricerca-azione, analisi del testo, Grounded Theory.

### **Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare nella Comunità Terapeutica Urbania**

*Intraprenderemo un viaggio in un mondo «sotterraneo», il mondo dei significati nascosti dietro l'apparenza, il mondo dei simboli in cui tutto è significante, in cui tutto parla per chi sa intendere (Feuerbach, 1971, p. 33).*

Il tempo del lavoro clinico in una Comunità Terapeutica (C.T.) per pazienti psicotici è scandito dalla gestione della vita quotidiana e dalle continue emergenze che, sbriciolando limiti e confini, inondano il contesto di elementi reali e fantasmatici che richiedono comprensione, elaborazione, interpretazione e intervento. Il Gruppo di Psicoanalisi Multi Familiare (GPMF) aiuta gli operatori comunitari ad attivare e a mantenere lucido il pensiero sul lavoro istituzionale, sui processi gruppali e sui singoli percorsi clinici. Per gli utenti è uno spazio vivo ed esteso di confronto e conoscenza intra e inter familiare e rappresenta un'opportunità per cambiare quei legami che producono e rafforzano la patologia psichiatrica. Per utilizzare al meglio uno strumento clinico è necessario conoscerlo a fondo e per questo motivo abbiamo realizzato un disegno di ricerca qualitativa ispirato ai principi della Grounded Theory (Glaser, Barney, 1995) volto a esplorare il contenuto degli interventi verbali dei partecipanti al GPMF della C.T. Urbania (Dipartimento di Salute Mentale, ASL ROMA 2). In questa sede illustreremo le due principali categorie (processi e contenuti) emerse dall'analisi del testo di alcune sedute. I risultati sottolineano la peculiarità del GPMF in C.T., confermano la complessità e la ricchezza del trattamento della psicosi attraverso il GPMF, ne esaltano le caratteristiche di riflessione e di confronto allargato e convalidano le ipotesi presenti nell'opera di J. G. Badaracco. Questo psichiatra argentino, operando con gruppi aperti a tutti i presenti nell'ospedale psichiatrico di Buenos Aires negli anni '70, ha posto le basi per una psicoanalisi multifamiliare. Il suo prin-

cipale obiettivo era quello di “poter lavorare sull’articolazione tra una famiglia e l’altra, facendo scaturire la ricchezza delle somiglianze, delle differenze e delle contraddizioni per generare nuove organizzazioni, al tempo stesso individuali e familiari” (Badaracco, 2004, p. 39). Badaracco si è quindi concentrato sulle interdipendenze patogene e sui transfert multipli per liberare la virtualità sana e realizzare processi di separazione dalla simbiosi familiare. Il GPMF della C.T. Urbania si tiene ogni quindici giorni, è a partecipazione libera e si rivolge alle famiglie, agli ospiti e agli ex ospiti; è condotto da due psicoterapeuti che cercano di alimentare la forza trasformativa e curativa della gruppalità allargata, rinforzano le manifestazioni di metacognizione, offrono interpretazioni, promuovono e potenziano ogni forma di virtualità sana.

## **La ricerca**

La ricerca che presentiamo utilizza la Grounded Theory Methodology (Glaser, Barney, 1995) per indagare la comunicazione verbale e i processi terapeutici contenuti nei trascritti di alcune sedute di GPMF. In un’ottica esplorativa e osservazionale, abbiamo utilizzato la produzione verbale come espressione e funzione del *pensiero del gruppo* e non come “semplice” somma di ciascuna delle menti presenti. La ricerca in psicoterapia si avvale di questi metodi, “...anche se non offrono alcun accesso diretto a processi non verbali o ai marcatori non verbali degli scambi interumani; essi si giustificano con l’assunto che processi emotivi e motivazionali significativi si manifestano comunque a livello del discorso, proprio perché il discorso nasce da un’attività referenziale (Bucci, 1999) che connette la parola a quei livelli subsimbolici di conoscenza ove si svolgono emozioni e processi motivazionali” (Liotti, Monticelli, 2008, p. 18). Questo lavoro ha permesso di sviluppare ipotesi sul funzionamento del GPMF e sulla causalità tra le categorie emerse dai testi analizzati.

## **Metodo**

Tra ottobre 2011 e luglio 2012 abbiamo audio-registrato 20 incontri dei quali, per motivi tecnici, solo sei (1°,2°,3°,4°,14° e 16°) sono stati trascritti e sottoposti ad analisi del testo secondo la Grounded Theory Methodology (Glaser, Barney, 1995; Glaser, Strauss, 1967; Strauss, Corbin 1990). Questo metodo consiste nella frammentazione del testo iniziale in unità di significato (frasi di senso compiuto) che descrivono un singolo fenomeno e in una successiva categorizzazione delle unità dalla quale emergono le categorie centrali che affondano le loro radici nel testo originale prodotto dal gruppo (Grounded). Due codificatori esperti, con l’aiuto di un software (NVivo 7.0.1281.0, SP4, QSR International ©, 1999 – 2007), hanno eseguito i seguenti passaggi: lettura, codifica aperta, codifica assiale, codifica selettiva e identificazione delle categorie centrali. Le categorie centrali così individuate sono state denominate **processi e contenuti**.

## Processi

Il processo terapeutico di gruppo riguarda il sistema nella sua interezza, i suoi cambiamenti, le interazioni tra i vari sottosistemi e il modo in cui ognuno di questi sistemi interagisce ed è influenzato dal gruppo stesso. Può essere visto come "... una funzione che a ogni istante di un determinato periodo di tempo fa corrispondere un certo stato o configurazione caratteristica dell'individuo o della comunità su cui si sta indagando" (Klimovsy, 1982, p. 7).

L'analisi del testo ha evidenziato i seguenti processi: *Attaccare*, *Auto-mutuo-aiuto*, *Cooperazione*, *Ironia*, *Manipolazione*, *Tentare di riconoscere le emozioni altrui*.

L'attaccare e la cooperazione sono presenti in tutti i trascritti analizzati; l'auto-mutuo-aiuto e l'ironia si stabilizzano dal terzo incontro in poi; la manipolazione è presente nella metà degli incontri in maniera discontinua; il tentativo di riconoscere le emozioni altrui compare dal penultimo incontro.

### Attaccare

Per *attaccare* intendiamo una modalità di comunicazione verbale in cui l'altro è fatto oggetto di proteste, rivendicazioni, accuse, svalutazioni e denigrazioni. Comprende attacchi tra figli, dai genitori ai figli, dai figli agli operatori e dai figli e genitori al setting di gruppo. Nel GPMF l'attacco tra figli è poco rappresentato. Attaccare i figli è poco presente come processo, mentre la rabbia dei genitori spesso si evidenzia nel contenuto delle loro narrazioni. I figli non attaccano i genitori che attaccano spesso il setting di gruppo e gli operatori.

### Auto-mutuo-aiuto

Parliamo di auto-mutuo-aiuto quando i membri di un gruppo cercano di aiutarsi reciprocamente (Steinberg, 2002). Include interventi sul dare consigli, chiedere aiuto, chiedere consigli, non potere aiutare. I genitori forniscono consigli agli altri genitori e ai figli altrui e chiedono consigli per sé ai terapeuti; i figli si consigliano reciprocamente, chiedono ai terapeuti e raramente consigliano i propri genitori, ma a volte lo fanno con quelli altrui. Il processo più rappresentato è il dare consigli da parte di alcuni genitori che "vedono gli altri come specchi viventi" (Badaracco, 2004, p. 80) e si sentono *esperti*<sup>1</sup>. "In questi comportamenti si mettono in luce le interdipendenze patologiche della storia personale, che possono essere trattate terapeuticamente in modo da poter essere trasformate in forme di pensiero riflessivo che compaiono nella misura in cui si producono le disidentificazioni dalle identificazioni patologiche da cui cia-

---

<sup>1</sup> Questo fenomeno è particolarmente evidente per i genitori con figli in fase di miglioramento.

scuno si sente abitato” (Badaracco, 2004, p. 81). La richiesta di aiuto e di consigli è poco presente, riguarda aspetti clinici e comportamentali ed è rivolta ai terapeuti. L’impossibilità di aiutare solo con le proprie forze è espressa dai figli nell’ultimo incontro e ci sembra espressione di un adeguato esame di realtà.

## Cooperazione

La cooperazione, che può essere vista come massima espressione dell’intersoggettività nel corso dell’evoluzione umana (Tomasello et al., 2005), permette di percepire se stesso simile all’altro nell’intenzionalità e si realizza quando due o più membri dello stesso gruppo sociale sono interessati al conseguimento di un dato obiettivo, più facile da raggiungere con uno sforzo congiunto (Tomasello, 2005). Per percepire l’altro come simile a sé nell’intenzionalità e per cooperare in modo paritetico in vista di un obiettivo congiunto sono richieste funzioni riflessive che possono essere sviluppate ed esercitate e ampliate nel GPMF anche attraverso l’alleanza terapeutica. Nelle famiglie con funzionamento psicotico, l’alleanza terapeutica è spesso danneggiata, ma la sua riparazione nel contesto gruppale permette di nominare l’esperienza emozionale e le intenzioni da essa segnalate e di immetterle in un più vasto ambito di conoscenza condivisibile con altri membri del gruppo sociale (Liotti & Monticelli, 2008).

Questa categoria si articola in cooperazione raggiunta e fallita. La cooperazione raggiunta si manifesta sotto forma di accordo, facilitazione del lavoro di gruppo, proposta di lavoro congiunto e stima degli operatori. La cooperazione fallita si manifesta sotto forma di disaccordo, limitazioni comportamentali e conflittualità. La cooperazione rallenta, diventa difficile o fallisce quando eventi drammatici (ricadute psicopatologiche) irrompono sulla scena. In accordo con alcuni autori (Liotti & Monticelli, 2008), riteniamo che gli eventi dolorosi con il loro carico di angoscia attivino pattern di attaccamento disorganizzato che riducono le capacità cooperative e riflessive e annullano la fiducia e la speranza in tutto il gruppo. Nel nostro caso, il fallimento della cooperazione porta i genitori a essere rigidi, aggressivi e a invocare misure forti e restrittive mentre i figli esprimono la loro disorganizzazione con pianto, paura, e distorsioni del pensiero. Questa categoria è sempre presente, mentre la cooperazione raggiunta si stabilizza nella 14<sup>a</sup> e 16<sup>a</sup> seduta.

Possiamo affermare che l’obiettivo generale esplicitato e condiviso (il miglioramento della malattia mentale) resta chiaro grazie alla partecipazione impegnata dei singoli e alle capacità del gruppo di elaborare l’esperienza soggettiva della “...pazzia che quando è condivisa smette di essere pazzia” (Badaracco, 2004, p. 128). Badaracco ritiene che la capacità contenitiva del gruppo permetta di analizzare le situazioni attuali che rappresentano una ripetizione di situazioni traumatiche del passato. “Il processo terapeutico consiste nel mettere in luce l’esistenza delle interdipendenze patogene e consecutivamente cercare di indurre processi di disidentificazione dell’uno o dell’altro o di “disalienazione” (ibidem, p.76).

## **Ironia**

L'ironia è una struttura retorica codificata che consiste nel dire il contrario di quanto si vuole affermare senza temere il giudizio altrui, necessita consapevolezza dei propri limiti ed errori e favorisce un implicito patto di complicità tra interlocutori. E' considerata una modalità difensiva matura che permette di affrontare conflitti emotivi e fonti di stress con minore tensione (Lingiardi, Madeddu, 1994). Presente negli incontri 3,4,14 e 16, include l'ironia da parte di genitori e figli sulla malattia mentale, sui rituali e quella generica. Consolidata la fase iniziale, le persone riescono a ironizzare forse perché si sentono protette e non giudicate.

## **Manipolazione**

La manipolazione consiste in un atteggiamento più o meno esplicito per raggiungere propri obiettivi anche senza l'approvazione o l'accordo dell'altro. La manipolazione all'interno del GPMF è fisiologica e rappresenta, secondo Badaracco, la distorsione dei rapporti interpersonali e l'asservimento agli interessi parziali. Categoria presente negli incontri 2, 3 e 14, include operatori manipolati da genitori e figli e genitori manipolati dai figli. I genitori non manipolano i figli forse perché assumono spesso il ruolo di co-terapeuti, mentre i figli tendono a manipolarli, soprattutto all'inizio, perché s'identificano pienamente nel ruolo di malati. Genitori e figli manipolano gli operatori per ottenere attenzione e trattamenti privilegiati, ma col miglioramento dei sintomi diminuisce l'atteggiamento manipolatorio e si evidenzia il passaggio da una rappresentazione di sé come bisognosi di attenzione e cure a una rappresentazione di sé come capaci di chiedere e dare aiuto.

## **Tentare di riconoscere le emozioni altrui**

“La capacità di empatizzare e di mentalizzare, elementi fondamentali per la gestione dei comportamenti affiliativi, sono legate alla percezione di una prospettiva in prima persona di un'esperienza soggettiva, cioè al senso di *agency*, che è la capacità di riconoscersi come agenti delle proprie azioni” (Blundo, Ceccarelli, 2011, p. 70). Negli incontri 14 e 16, i figli mostrano tentativi di riconoscere le emozioni degli altri e, a differenza dei genitori, cercano di assumere la prospettiva emozionale altrui. L'ipotesi è che essi abbiano “imparato” a farlo nei lunghi percorsi terapeutici e il GPMF diventa un luogo sicuro per esercitarsi.

## Contenuti

Questa categoria è così rappresentata: *Emozioni manifestate da Figli e Genitori, Relazioni, Vivere nella Comunità Terapeutica, Malattia Mentale (MM)*.

### Emozioni manifestate da Figli e Genitori

Nelle sedute 3, 4, 14 e 16 i figli esprimono: Paura (reali e immaginarie, degli stati interiori, non aver paura e terrore), Colpa e Vergogna. Nelle sedute 1, 2, 3, 4 e 14 i genitori esprimono: Paura (del figlio, reali e immaginarie, meno paura della malattia mentale), Preoccupazione, Rabbia e Disperazione. I genitori esprimono i loro vissuti emotivi dall'inizio, mentre i figli cominciano a esprimerle dal 3° incontro. Le paure reali e immaginarie sono comuni. I genitori non riescono a capire e a prevedere il comportamento e i sintomi dei figli, i quali esprimono paura e terrore di se stessi quando sono assaliti dalle allucinazioni uditive.

Preoccupazione, Rabbia e Disperazione caratterizzano i discorsi dei genitori, mentre Colpa e Vergogna quelli dei figli. Ci sembra di poter affermare che le emozioni dei figli abbiano a che fare con il Sé-nel-mondo, mentre quelle dei genitori potrebbero riferirsi al senso d'impotenza generato dalla lunga malattia dei figli.

### Relazioni

Per relazione intendiamo quel collegamento o rapporto che si crea tra due o più individui quando interagiscono; nella vita di gruppo, il comportamento dell'individuo è continuamente attivato e regolato dalla relazione con il proprio simile alle cui azioni ed emozioni è "costretto a reagire" anche per i noti meccanismi di risonanza neuronale (Rizzolatti, Sinigaglia, 2006).

Questa categoria è presente in tutti gli incontri ed è suddivisa in due sub-categorie:

- **Con i familiari** (sempre presente) include parlare della famiglia, relazioni genitori-figli e separazioni. Approfondiamo ora la categoria Relazioni Genitori-Figli:
  - o *Le relazioni Genitori-Figli*: sono caratterizzate da espressioni di affettività (rabbia, amore e protezione), da incitamento, critiche, regole, violenza inferta loro dai figli, delusione e impotenza. I genitori includono nella relazione con i figli tutto l'universo della cura (farmaci, luoghi e operatori).
  - o *Le relazioni Figli-Genitori*: i figli esprimono senso di colpa e vedono molto dolore nel rapporto con i genitori. La madre è spesso descritta come debole e irritabile mentre il padre è visto il più delle volte come depresso, dominante, evitante, geloso, ingiusto e irritabile. Sono indivi-

duati anche aspetti positivi dei genitori (buona relazione tra di loro e affidabilità).

- **Con gli operatori** include Psicologi, Disfunzioni Organizzative e Psichiatra (referente esterno). La categoria è presente nelle sedute 1, 2, 3 e 4 con particolare densità di interventi nella prima.
  - o La categoria Psichiatra include molti stati d'animo, recriminazioni e critiche verso lo psichiatra (la difficoltà di accesso diretto e la sua indisponibilità a una maggiore vicinanza emotiva).

Una relazione “normale” si basa sulla sicurezza nei rapporti interpersonali, sulla fiducia di base e sulla reciprocità, elementi spesso carenti nelle famiglie a funzionamento psicotico. La categoria **Relazioni con i familiari** è molto “densa” e rimanda ai complessi legami conflittuali e disfunzionali che caratterizzano queste famiglie. “I conflitti sono patologici perché producono vincoli di interdipendenze patogene che rendono molto difficile o impossibile quella che noi chiamiamo la loro elaborazione o risoluzione. Si presentano come conflitti dilemmatici. Non è sufficiente prenderne coscienza per produrre un cambiamento; è necessario ottenere certi cambiamenti perché si possano aprire spazi mentali per pensare e quindi poter cambiare” (Badaracco, 2004, p. 79). Nel nostro studio, i genitori fanno coincidere la relazione con i propri figli con l'esperienza di malattia e di cura, mentre i figli riescono a individuare anche parti non malate nella relazione con i propri genitori e si mostrano particolarmente lucidi nell'analisi delle dinamiche dei nuclei familiari altrui.

A nostro avviso, i figli sono meno “resistenti” dei genitori a parlare di sé e dei loro legami e relazioni conflittuali, forse perché si sentono più sicuri in un luogo dove è possibile esplorare la relazionalità della mente umana e integrarne le differenze.

### **Vivere nella Comunità Terapeutica**

Questa categoria si ritrova in tutte le sedute e include Il presente, Valore curativo della C.T., Rapporti quotidiani tra pazienti. Ci sembra particolarmente interessante una sub-categoria che emerge nella categoria “Il presente”: le motivazioni dei genitori a partecipare al GPMF. I genitori partecipano al GPMF per ricevere aiuto, per capire di più, per non abbandonare i figli e perché si sentono essi stessi malati. La non partecipazione è ascritta a difficoltà nel confronto, a sentimenti di tipo persecutorio e alla delega passiva alle istituzioni.

Il tema della partecipazione è ricorrente nelle prime quattro sedute, quando il gruppo lavora alla costruzione di una propria identità, mentre è assente nei due ultimi incontri probabilmente perché il consolidamento gruppale è avvenuto. Raramente persone da poco approdate in C.T. (sia genitori che figli) mettono in discussione la partecipazione al GPMF, anzi nella fase finale dello studio il GPMF diventa una base sicura permanente che favorisce sensazioni di continuità e integrazione per tutti i partecipanti.

## Malattia Mentale (MM)

Categoria sempre presente che si articola in: tempo, consapevolezza, giudizio, operatività, lunghezza della MM, vissuti personali. Approfondiremo l'analisi delle seguenti sub-categorie:

La **consapevolezza** include a sua volta due sub-categorie: della MM e della salute. La prima è rappresentata da: accettazione, assenza di regole e sapere che si sta male (tutti ammettono il proprio malessere). La consapevolezza della salute riguarda sia il proprio stato psicofisico sia il percepirsi in salute mentale.

Nella categoria **lunghezza della MM** rileviamo quattro sub-categorie: problemi pratici, la famiglia è stanca, le difficoltà e le compulsioni.

Infine, i **vissuti personali**:

- quelli **dei genitori** includono aspetti di difficoltà nel rapporto col figlio (impotenza, ambivalenza, dubbio). Si sentono persi, minacciati e persino perseguitati dal figlio e dall'ambiente.
- quelli **dei figli** sono caratterizzati da ansia, minaccia, esclusione, isolamento e negazione. Tuttavia, emergono anche le risorse individuali (lavoro, benessere, obiettivi di cambiamento e speranza di guarigione) e i pensieri positivi (sostegno tra pari, contentezza, sicurezza, competenza e maturità).

All'interno del gruppo sembra presente una discreta capacità di affrontare in egual misura sia gli aspetti della MM sia quelli che della Salute. Considerando un modello di salute bio-psico-sociale, questi testi evidenziano una descrizione della salute come fisica e psicologica e non sociale. L'ipotesi è che lo stigma sociale porti inevitabilmente le persone a distanziarsi dalla stessa società. In altri termini, il benessere individuale sembra svincolato dal contesto sociale di appartenenza (Ryff, Singer, 2004). Nonostante le famiglie appaiano stanche e sfiduciate, riescono ad apprezzare i momenti di condivisione del dolore e a evitare manifestazioni drammatiche.

Mentre i vissuti dei genitori sono prevalentemente negativi e focalizzati sulla gestione della malattia e del comportamento patologico, quelli dei figli, pur includendo minaccia e angoscia, considerano anche aspetti propositivi e progettuali senza perdere la speranza. Probabilmente, il percorso terapeutico (compreso quello comunitario) apre ai figli il futuro, mentre per i genitori svolge un ruolo di contenimento. Nel GPMF i figli si sentono valorizzati e riescono a recuperare la possibilità di immaginarsi in un modo diverso e ad attivare le risorse interne e praticare comportamenti di salute.



## Conclusioni

*L'uccello di fuoco della mia mente malata, questo passero grigio che abita nel profondo e col suo pigolio sempre mi fa tremare perché pare indifeso, bisognoso d'amore, qualche volta ha una voce così tenera e nuova che sotto il suo trionfo detto la poesia (Merini, 1983).*

Questa ricerca-intervento, lunga e faticosa per assenza di fondi e per la complessità dell'indagine qualitativa scelta, è stata fondamentale per gli stimoli e le riflessioni che ha fornito agli operatori della C.T. Inoltre, ha confermato molte osservazioni e intuizioni cliniche e ha permesso di modulare l'obiettivo degli interventi terapeutici nel GPMF senza mai svincolarlo dal sistema di cura comunitario. La stabilità dei processi *attaccare*, *auto-mutuo-aiuto* e *cooperazione* ci permette di ipotizzare che rappresentino le caratteristiche basilari dei gruppi terapeutici comunitari. Quello che però colpisce è la presenza costante della categoria *cooperazione fallita* che rimanda all'importanza di alcune variabili processuali di gruppo quali la coesione, il clima e l'alleanza terapeutica. La coesione di gruppo si riferisce al senso di appartenenza percepito dai membri e al legame tra loro, alla possibilità di fidarsi reciprocamente e di riuscire a condividere esperienze emotive personali. Essa è legata dunque a dimensioni quali il coinvolgimento nell'attività gruppale, la fiducia reciproca, la cooperazione e il prendersi cura. L'alleanza terapeutica, intesa come l'insieme delle relazioni tra i membri del gruppo e con i terapeuti unitamente alla capacità di perseguire gli obiettivi della terapia, necessita di particolare attenzione nel GPMF. Anche il clima di gruppo, che rispecchia principalmente il coinvolgimento, la conflittualità e l'evitamento, deve essere monitorato da seduta a seduta. Infine, nella sezione *contenuti*, la categoria *relazioni* conferma senza alcun dubbio i costrutti teorici di J. G. Badaracco: le relazioni intrafamiliari e interfamiliari sono il focus prioritario del nostro intervento perché solo nel grande gruppo si evidenzia l'estrema disfunzionalità degli incastri che rinforzano e producono patologia e solo in questo contesto è possibile, attraverso la narrazione condivisa e rivisitata, provare a invertire la tendenza e a innestare e potenziare elementi di salute.

## Bibliografia

- Badaracco, J. G. *Psicoanalisi multifamiliare*. Torino: Boringhieri, 2004.  
Badaracco, J. G., Naracci, A. *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*. Torino: Antigone Edizioni, 2011.

- Blundo, C., Ceccarelli, M. *L'organizzazione gerarchico-strutturale del sistema nervoso centrale: l'evoluzione della mente*. In Blundo C., in *Neuroscienze cliniche del comportamento*. Milano: Elsevier, 2011.
- Boccaro, P., Narracci, A., Tessari, G. (a cura di). *Famiglia e istituzione: il dolore che cura*. *Interazioni*, 1, 2008/29.
- Bucci, W. *Psicoanalisi e scienza cognitiva: una teoria del codice multiplo*. Roma: Fioriti, 1999.
- Feuerbach, L. *L'essenza del Cristianesimo*. Milano: Feltrinelli, 1971.
- Glaser, B., Barney, G. *Grounded theory 1984-1994*. Vol. 2, Mill Valley, Ca.: Sociology Press, 1995.
- Glaser, B., Strauss, A. *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine, 1967.
- Klimovsky, G. *Concepto de proceso*. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires, Suplemento psicopatologico*. 1982, pp.7-10.
- Lingiardi, V., Madeddu, F. *I meccanismi di difesa*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1994.
- Liotti, G., Monticelli, F. *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008.
- Merini, A. *L'uccello di fuoco*. In *La terra santa*. Milano: Ed. Scheiwiller, 1983.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. *So quel che fai: il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006.
- Ryff, C. D., Singer, B. *Ironies of the human condition: well-being and health on the way to mortality*. In Aspinwall L. G., Staudinger U. M., *A Psychology of Human Strengths*. American Psychological Association, 2004.
- Steinberg, D. M. *L'auto/mutuo aiuto*. Trento: Erikson, 2002.
- Strauss, A., Corbin, J. *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage, 1990.
- Tomasello, M. *Le origini culturali della cognizione umana*. Bologna: Il Mulino, 2005.
- Tomasello, M. et al. Understanding and sharing intentions: the origin of cultural cognition. In *Behavioral and brain sciences*, vol. 28, 2005.

## Nota sugli autori

**Fiore Bello:** psicologo clinico, psicoterapeuta e specialista in Psicologia della Salute. Dal 1995 conduce gruppi psicoterapeutici e riabilitativi nei servizi di salute mentale pubblici. Nel 2012 ha partecipato alla Leicester Group Relations Conference del Tavistock Institute. Attualmente lavora presso il Dipartimento di Salute Mentale della ASL ROMA 2.

**Eleonora Baroni:** psicologa, psicoterapeuta e specialista in Psicologia della Salute, PhD, Università La Sapienza, Roma. Prof.ssa a contratto presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Università La Sapienza, Roma.

**Salvatore Mundanu:** psicologo, psicoterapeuta e specialista in Psicologia della Salute.

**Josè Mannu:** psichiatra, psicoterapeuta. Da molti anni si interessa del trattamento comunitario dei disturbi psichiatrici gravi. Dirige una Comunità Terapeutica pubblica. Dipartimento di Salute Mentale della ASL ROMA 2.

**Maria Bonadies:** psicologo, psicoterapeuta e specialista in Psicologia della Salute.

**Stefania Falcone:** psicologa, specializzanda in Psicologia della Salute.

e-mail: [fiorebello2@gmail.com](mailto:fiorebello2@gmail.com)