

## **La costruzione di un'alleanza terapeutica nel lavoro clinico con gli adolescenti**

*David Meghnagi*<sup>27</sup>

### **Abstract**

L'autore analizza lo sviluppo dei differenti modelli teorici e clinici all'interno del pensiero psicoanalitico e psicodinamico in rapporto allo sviluppo di una consapevolezza nuova della dignità del paziente e della costruzione di un'alleanza terapeutica nella psicoterapia con adolescenti. Le diverse teorie e i differenti approcci al disagio psichico sono qui considerati come "mappe" che hanno lo scopo di facilitare la comprensione dei problemi del paziente e l'attivazione di processi trasformativi interiori che donano senso e significato alla storia individuale del paziente.

Parole chiave: alleanza terapeutica, psicoterapia degli adolescenti, confronto fra modelli

## **The construction of the therapeutic alliance in clinical work with adolescents**

### **Abstract**

The author analyzes the development of different theoretical and clinical models in the context of psychoanalytical and psychodynamic thought and their relation to the development of a new awareness of patient dignity and therapeutic alliance building in the case of adolescents. The various theories and different approaches to psychic problems are considered here as road maps to facilitate understanding of patients problems and activation of inner transformative processes to give meaning and significance to patients individual psychic histories.

Keywords: therapeutic alliance, psychotherapy of adolescents, comparison among models

---

<sup>27</sup> David Meghnagi, Psicoterapeuta, Psicoanalista IPA, Professore di Psicologia Dinamica, Psicologia della Religione e Direttore del Master sulla Shoah, Università degli Studi di Roma Tre, Editor in Chief della rivista internazionale "Memory and Trauma".

L'affermarsi del paradigma psicoanalitico e psicodinamico, se ha da un lato restituito umanità e dignità al paziente, non per questo lo garantisce a priori dal rischio di restare incompreso e respinto nel suo dolore. La razionalizzazione del rifiuto con argomenti psicologici e clinici non è meno dannosa. Si possono citare come esempi le difficoltà di realizzazione che incontrano in taluni casi i figli con genitori che hanno conseguito particolari successi nei loro campi, oppure le difficoltà scolastiche di figli che hanno come genitori degli insegnanti, o quelle di adattamento psicologico che s'incontrano in taluni adolescenti che hanno come genitori, medici e psichiatri.

Va da sé che si tratta di casi particolari, che però aiutano a comprendere meglio la logica sottesa. Come avviene in ogni situazione di questo tipo l'eventuale "fallimento" dei figli colpisce i genitori nel punto in cui sono più vulnerabili. È come se i figli con problemi di adattamento, facessero soffrire i genitori al fine di renderli più consapevoli del dolore subito a causa del loro comportamento. È come se il figlio o la figlia dicessero ai genitori: "Poiché non siete stati in grado di ascoltarmi in altri modi, proverò con questo. So con certezza che questa volta non resterete indifferenti?".

L'elemento aggressivo è qui fuso con gli elementi più teneri della relazione con i genitori, con le idealizzazioni in cui i figli sono rimasti avviluppati e le attese pervasive ed eccessive di cui sono stati caricati. Una buona psicoterapia funziona se valorizza gli elementi positivi del rapporto. Il fallimento del figlio ha un che di commovente. Alberga la nostalgia di un'aspirazione che non si è mai pienamente attuata ed è segretamente collegato con la speranza, la frattura con l'attesa di una riconciliazione. L'elemento che rafforza e polarizza lo scontro con i genitori è anche quello che a livello inconscio li unisce di più. In quel punto confluisce un intero mondo di richieste disattese, di conflitti irrisolti e d'incomprensioni che attendono di essere sciolte.

Di fronte al dolore muto dei pazienti giovani portati in terapia dai genitori, occorre chiedersi in che misura i loro disturbi siano anche portatori di un messaggio di verità positiva per l'intera famiglia di provenienza.

Di fronte alla richiesta disperata di aiuto, il terapeuta deve affrontare molteplici impossibilità. Deve empaticamente accogliere le loro ansie senza però colludere con la loro ambivalenza verso il figlio, mantenendo salda la consapevolezza che il disturbo per cui si chiede aiuto potrebbe essere funzionalmente correlato a dinamiche più ampie in cui l'intero nucleo è intrappolato e dove il sintomo del figlio è solo una spia più generale, un invito disperato a uscirne.

Nei disturbi di relazione più gravi il progresso della terapia conduce inevitabilmente a un cambiamento della rete di rapporti familiari. Il figlio che era stato inviato per essere "curato" e aiutato, potrebbe diventare "il terapeuta" della propria famiglia.

La difesa dell'integrità psicologica dei figli adolescenti da parte del terapeuta deve accompagnarsi alla capacità di comprendere l'angoscia di chi in modo ambivalente chiede per loro aiuto temendone allo stesso tempo il cambiamento.

Il rischio dell'abbandono per una reazione negativa della famiglia è sempre dietro l'angolo. È un rischio che il terapeuta deve saper correre, se vuole essere realmente di aiuto.

La psicoterapia non si realizza nel vuoto, inevitabilmente è portata a scontrarsi non solo con le resistenze interiori del ragazzo. A essere in gioco è l'intero nucleo familiare e non sempre è facile trovare il giusto equilibrio fra la difesa inoppugnabile del ragazzo e le loro angosce e paure (Erikson, 1959).

La fiducia iniziale e l'autorevolezza del terapeuta, la sua capacità di fronteggiare gli attacchi molteplici e contraddittori, che provengono dalla famiglia nel suo complesso, sono elementi con cui bisogna fare i conti.

Nelle situazioni più difficili, si potrà indicare la necessità di un aiuto specifico anche per loro col ricorso a un altro analista. Non sempre è facile trovare le parole. Bisogna evitare in tutti i modi di ferire i genitori. Allo stesso tempo non si deve colludere con la loro ambivalenza. Proteggere i figli ma senza colpevolizzare i genitori. La "positivizzazione" funziona in questi come orizzonte entro cui collocare le capacità trasformative insite in ognuno. Se ci si sente valorizzati per quel che si è riusciti a compiere in mezzo alle macerie della vita, ora che si è meno soli, è possibile fare di più e meglio.

La positivizzazione paziente, restituisce fiducia e valorizza le capacità auto curative insite in ognuno (Benedetti, 1980). La mediazione terapeutica, perché di questo si tratta, può funzionare se ciò che si apprende sul proprio mondo interno nell'*hic et nunc* dell'incontro terapeutico, estende il suo alone nelle situazioni più generali della vita.

L'intenzionalità deve conquistare la reciprocità del paziente e in prospettiva quella dell'intera famiglia. La reciprocità del paziente, come quella dei famigliari, non si ottiene una volta per sempre. Deve essere quotidianamente conquistata e meritata, sapendo che come niente potrebbe essere rimessa in discussione, ma anche che è possibile ritrovarla in ciò che di buono è stato realizzato insieme compiuto nel tempo trascorso. Soprattutto con pazienti giovani che sono ancora alla ricerca di figure di riferimento che rendano possibile l'integrazione dei cambiamenti che stanno vivendo.

Avere presente questi aspetti nel rapporto con i genitori, non escludendoli dalla comprensione anche cognitiva, oltre che emotiva, dei cambiamenti in atto, è un elemento importante perché il punto di rottura che inevitabilmente si produce tra le richieste vere di cambiamento e le resistenze che inevitabilmente si producono.

Il ragazzo in crescita, che si contrappone ai genitori e agli adulti, sta in realtà cercando di definire confusamente un suo nuovo spazio di esistenza distinto dalla fase precedente in cui era tutt'uno col desiderio dei genitori. La grande sfida per i genitori sta nel capire che nella contrapposizione dei figli, c'è anche una promessa di vita che non è ancora in grado di declinarsi compiutamente. Come nei miti dell'eroe e della lotta contro il mostro marino, simbolo di una madre avviluppante e castrante, l'Io non si è ancora consolidato. La rabbia con cui afferma la sua indipendenza assoluta è simmetrica alla dipendenza che lo opprime. Più interiormente è dipendente più ha bisogno di rivendicare la sua indipendenza. La problematica attorno alla quale si consuma la rottura, è anche quella che inconsciamente unisce i genitori ai figli. Il processo d'individuazione psichica non è lineare. Attiva profondi sensi di colpa. La colpa è in questo caso è di esistere pienamente come persona distinta.

In queste situazioni è come se la nascita non si fosse mai completata. Nell'inconscio è come se l'oggetto amato fosse messo a morte. Il taglio ombelicale rischia di provocare la

perdita definitiva dell'amore e della protezione da cui si era circondati. Siamo di fronte alla colpa di esistere, che si riattiva ogni qual volta sono in atto processi profondi di trasformazione interiore e di cambiamenti reali nella persona.

Nell'adolescente questo dramma interiore è il perno di un processo meraviglioso e creativo, ma anche carico di sofferenza, che investe ogni aspetto dell'esistenza e che ha bisogno di un ambiente che sappia accogliere e aiuti a trasformare le tempeste interiori in un progetto di vita individuale.

I genitori spaventati dai cambiamenti dei loro figli, hanno difficoltà a farvi fronte. Anziché vedere in questi comportamenti il segno di cambiamenti necessari e inevitabili, sono condotti a vedervi unicamente gli influssi di fattori negativi esterni e inattesi dovuti alle cattive frequenze o ad altri problemi.

Incapaci di fare il lutto per un cambiamento che li riguarda in prima persona, oscillano fra atteggiamenti opposti e contraddittori. Feriti nel loro amor proprio dalla sfida dei loro figli, sono tentati di chiudersi a riccio e di contrapporsi al figlio come se avessero a che fare con un adulto. Il ragazzo che sino a qualche anno prima li adorava appare loro un ingrato. In realtà il loro figlio è solo confuso. Non è più un bambino, ma non è ancora un adulto. La rivoluzione psicologica e biologica che sta vivendo coinvolge ogni aspetto dell'esistenza. Sul versante dei genitori il cambiamento segnala la conclusione di un intero ciclo che ingenera angoscia. I figli saranno presto adulti mentre loro invecchiano diventando "inutili".

Raramente la famiglia si rivolge per aiuto quando i disturbi dei figli sono nella loro fase iniziale ed è più facile intervenire. Quando la famiglia decide di rivolgersi a un terapeuta il suo grido sopravanza quello del figlio o la figlia per la quale si richiede aiuto. La richiesta della famiglia può essere "rumorosa", fatta di parole e di attese che in realtà eludono il vero problema del figlio. Per essere trasformate queste parole devono essere accolte e non rigettate. Nei casi più gravi, i genitori hanno chiesto aiuto perché non sanno più che cosa fare. Questa è la loro ultima spiaggia. Per il figlio o la figlia la situazione può essere nel modo più opposto. Nei casi più gravi la decisione di portarlo in terapia è solo l'ultimo di una serie di soprusi e d'incomprensione delle sue ragioni più profonde, alla quale si adegua solo in modo apparente.

Il “pazzo” non è lui ma i genitori che non l’hanno mai capito. Il suo può essere un grido muto, fatto di umiliazioni e di ribellioni nascoste che attraverso il sintomo possono dire ciò che la parola non riesce a contenere.

La famiglia è disperata e chiede aiuto affinché per esempio una figlia anoressica possa riguadagnare la normalità perduta o agognata. La figlia è attaccata alla sua malattia perché è rimasto l’unico modo per dire ciò che nemmeno lei riesce a comprendere. Il suo sintomo è anche la sua forza, il modo attraverso cui gli altri sono piegati e vinti in una generale sconfitta fatta d’incomprensioni e di reciproche disattese. L’aspetto paradossale del circuito logico e mentale in cui si trova il terapeuta in situazioni come queste, sta nell’opposizione fra la rappresentazione che i genitori hanno dei disturbi del figlio e il sapere segreto che il malato ha della situazione generale in cui è avviluppato in una rete più ampia di relazioni di cui è allo stesso tempo prigioniero e padrone assoluto.

I genitori si rivolgono in genere chiedendo cure che sono identificate con la medicina e con i suoi modelli. La famiglia chiede aiuto trasformando la malattia del figlio in un oggetto esterno da espellere lasciando tutto il resto immutato come se il disturbo non fosse anche la spia di ciò che potrebbe essere danneggiato nelle relazioni più ampie in cui il ragazzo è avviluppato e possono coinvolgere a vari livelli la famiglia, il gruppo dei pari, la scuola etc. I disturbi del comportamento, la loro rappresentazione psichica più interna non si sviluppa nel vuoto. Hanno una cornice più e ne orienta le manifestazioni. Per i famigliari tutto è esterno. Se il padre a chiedere aiuto isolatamente per il figlio, la colpa potrebbe essere addossata sulla madre. Se è la madre a parlare in assenza del padre, la colpa potrebbe essere addossata sul marito. Ciascuno per conto proprio è alla ricerca di un capro espiatorio che lenisca i sensi di colpa e lo liberi dall’accusa. La trasformazione della malattia in un oggetto da estirpare, anche quando ci si riconosce il valore di un approccio psicologico al problema e ci si rivolge per aiuto a un analista, ha una finalità precisa: liberare i famigliari dalla necessità di dover cambiare insieme al figlio. In assenza di una risposta adeguata che ne trasforma la richiesta di aiuto per qualcosa di “esterno”, rischia di precipitare la terapia in una serie di atti collusivi fra terapeuta e famiglia che conduce il lavoro terapeutico con gli adolescenti al fallimento.

Il paziente per il quale la famiglia chiede aiuto è alla disperata ricerca di qualcuno che lo ascolti per davvero e che *non ripeta* gli errori della famiglia e non colluda con essa trasformandolo in “un oggetto” d'indagine.

In questa difficile situazione il terapeuta deve saper distinguere gli aspetti di angoscia persecutoria interna della famiglia, dagli elementi depressivi che hanno spinto a chiedere aiuto per i figli; il diniego in cui è avvolta la relazione tra i diversi elementi del nucleo familiare, dai percorsi di lutto incompiuto che sono presenti in ognuno; la ferita narcisistica per i fallimenti del figlio, dalla reale preoccupazione per il suo stato di sofferenza. Il dolore senza nome non avvolge solo la vita psichica del “malato”, ma anche quella dei famigliari che non riescono a farsi una ragione di tanti perché che li riguardano.

In famiglie in cui la funzione genitoriale è carente, i pensieri indigesti possono riapparire come sintomi incomprensibili, oggetti bizzarri che perseguitano la tranquillità del nucleo familiare rimettendone in discussione gli assetti. I figli esclusi dagli aspetti che più contano nella relazione fra genitori e figli, possono tradurre la loro sete insoddisfatta di legami veri attraverso il ricorso alle droghe e a comportamenti feticistici che svalutano di significato la relazione.

Sotto quest'aspetto gli anoressici e i bulimici si comportano come sacerdoti segreti di una religione privata che non ha un linguaggio condiviso e comprensibile per gli altri. La religione è una risposta collettiva a un bisogno primario di dare un significato alla propria esistenza. I sintomi isterici e nevrotici ossessivi sono una caricatura, una religione privata fatta di rituali misteriosi di cui sono stati smarriti i significati originari e che dominano la persona dall'interno (Meghnagi, 2009).

Il vuoto e il pieno con cui i disturbi più gravi si manifestano, sono anche metafore della realtà di un mondo in cui le identità sono frammentate al punto che la stessa domanda di senso appare stravolta in una rete di rapporti in cui le diverse figure professionali si contendono il potere dell'ultima parola sul paziente.

Purtroppo non basta istituire con un atto formale un'*équipe* perché essa funzioni adeguatamente, come luogo creativo di elaborazione e di scambio. Perché tale cambiamento

si produca, sono necessari degli atti intenzionali che producano un cambiamento di prospettiva che investa le emozioni e il pensiero. Tali atti devono essere consapevolmente coltivati e cercati per ottenere la reciprocità dei colleghi. Perché il lavoro di gruppo sia tale, è necessaria la messa in atto di un processo di mediazione che coinvolga dal basso e dall'alto l'istituzione, modificando i termini delle relazioni all'interno di un reparto. Tutto questo non può attuarsi per decreto, sebbene se ne abbia concretamente e giuridicamente bisogno per poterne rendere possibile una declinazione adeguata e articolata (Meghnagi, 2005a).

La dimensione relazionale è un aspetto della pratica clinica che nessun farmaco o intervento di strettamente medico può evitare. Com'è stato ampiamente dimostrato negli studi sugli effetti "placebo", nemmeno i farmaci scientificamente testati ne sono esenti. Il farmaco col suo rituale è parte di una relazione che l'ossessione per lo specialismo disciplinare ha contribuito a far smarrire. La sua trasformazione in un atto puramente tecnico, privo di significati, finisce per svuotarne in parte gli effetti terapeutici. Avendo smarrito la carica simbolica di un tempo, perde una parte della sua efficacia spingendo il paziente a un uso più massiccio di farmaci. Dietro questi eccessi, c'è una promessa tradita di un più adeguato ascolto alla persona che un approccio puramente meccanico non è in grado di soddisfare.

La presenza empatica nei reparti ospedalieri non è un aspetto secondario e non può essere relegato a figure "secondarie" cui si affidano "funzioni materne", consentendo ai medici di non entrare in contatto emotivamente con i loro pazienti e con i famigliari. L'empatia è un elemento fondamentale perché la cura funzioni. Nei casi estremi quando non c'è più nulla da fare per salvare il paziente, gli consente di dare un significato alla propria esistenza.

L'empatia implica un'attenzione che può entrare in contrasto con la logica dei tempi contrattati degli ospedali. Il paziente non è un numero, è in primo luogo un soggetto di relazione. Un atteggiamento che va situato all'opposto della tentazione alla medicalizzazione del disturbo.

Il modello elaborato da Freud nel saggio sulla negazione (Freud, 1925), può essere di grande aiuto per analizzare le patologie gravi.<sup>28</sup> Il bambino reagisce di fronte alle prime esperienze allo stesso modo con cui egli si relaziona al cibo. Se gli appaiono buone, le *ingerisce* facendole proprie. Se sono negative, le rifiuta espellendole all'esterno, salvo poi incontrarle come oggetti "bizzarri" e persecutori. Il bambino proietta e introietta oggetti scissi che devono poi essere integrati nell'Io perché funzioni in modo adeguato. L'integrazione degli oggetti avviene per assimilazione, incorporazione, espulsione e identificazione (Bion, 1965, 1970). L'identificazione con i genitori passa attraverso un processo di tipo "alimentare", in un certo senso il bambino è come se si cibasse della madre e del padre per farli poi vivere dentro di sé. Quando l'identificazione è bloccata, si ricorre a meccanismi più arcaici in cui l'oggetto è incorporato in modo ambivalente.

Le prime fasi dello sviluppo del pensiero seguono un andamento simile. La nascita di un nuovo pensiero in contrasto col precedente si afferma inizialmente con un atto di negazione. Con Freud sappiamo che in quel no si cela un sì doloroso e faticoso che sta emergendo. Solo nel negazionismo degli psicotici, il *no* resta tale e impedisce la formazione di pensieri nuovi, e c'è da chiedersi quanto gli adulti vi collaborino con i loro messaggi, opposti e speculari e la loro incapacità di tollerare la *differenza* che chiede ascolto.

Si tratta di acquisizioni importanti sul funzionamento mentale più arcaico e che sono un patrimonio largamente condiviso per chi opera nel campo della salute mentale. Sono però insufficienti, ed è normale che sia così, se riferiti a una strategia terapeutica che tenga conto delle situazioni sociali, culturali, famigliari e personali in cui appaiono implicati.

---

<sup>28</sup> "Ora Lei penserà che io voglia dire qualche cosa di offensivo, ma in realtà non ho questa intenzione... Lei domanda chi possa essere questa persona del sogno. *Non* è mia madre...". Chi non ha mai ascoltato o dedotto una verità opposta dietro lo schermo di un diniego o di una negazione? I bambini sono soliti negare per affermare e le buone madri lo sanno. I poeti ricorrono a questo meccanismo per mostrare meglio, nascondendo. La tecnica del motto di spirito ne è debitrice sino in fondo. Ma Freud, in questo brano fulminante, va oltre istituendo un nesso fra l'attività del mangiare e quella del pensare. Due funzioni così lontane mangiare e pensare hanno una fonte comune che ha un ruolo nella formazione e nella strutturazione del carattere "Comprendiamo – scrive Freud – che questo è il ripudio, mediante proiezione, di un'associazione che sta or ora emergendo... Il contenuto rimosso di una rappresentazione o di un pensiero può dunque penetrare nella coscienza a condizione di lasciarsi negare. La negazione è un modo di prendere conoscenza del rimosso, in verità è già una revoca della rimozione, non però un'accettazione del rimosso. Si vede come la funzione intellettuale si scinde qui dal processo affettivo". Freud (1925, pp. 197-198).

La realtà psichica non è unicamente un dato di *natura*. È anche il prodotto della cultura che è fatta anche di contenuti psichici esperienziali, frutto d'identificazioni che legano fra loro in modo non lineare le generazioni.

Il bambino non cresce nel vuoto. La costruzione dei legami passa attraverso processi d'identificazione. Ci sono la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari, la televisione con i suoi modelli pervasivi che inducono bisogni contro i quali i genitori sono spesso indifesi. Accanto alla realtà intrapsichica che ha il suo peso ed è un elemento specifico delle scoperte della psicoanalisi, c'è un intero mondo di esperienze reali e di relazioni con i suoi richiami, con le sue attese e le sue illusioni, che contribuisce a modellarla.

La stessa terminologia psicoanalitica, le sue trasformazioni interne, gli slittamenti che i singoli termini hanno subito nel corso dei decenni sono parte di questo processo.

Sotto quest'aspetto le diverse teorie e i modelli terapeutici sottesi sono come delle mappe geografiche funzionali a un aspetto del territorio psichico che s'intende analizzare. Una mappa funziona se non copre tutti gli aspetti (Corrao, 1992). Se li coprisse tutti, coinciderebbe con l'intero territorio e sarebbe perciò inservibile. Se coincidesse con la realtà del territorio studiato, non sarebbe più una mappa. Le teorie psicoanalitiche funzionano allo stesso modo e la pratica clinica avrebbe da guadagnarne se guardasse ai suoi diversi approcci in questi termini.

Una buona mappa non può coprire l'intero territorio. Una buona mappa valorizza singoli e importanti aspetti di un determinato territorio. Ci sono mappe politiche, geologiche, agricole, industriali etc. Ciascuna ha i suoi pregi, ma anche i suoi limiti. Un buon geografo saprebbe passare da una mappa all'altra, le farebbe dialogare. In modo analogo i modelli psicoanalitici sono mappe di ricognizione, utili per orientarsi e per aiutare il paziente a ritrovare una rotta "smarrita". La capacità dell'analista di utilizzare mappe diverse in situazioni e momenti diversi, significa anche capacità di interrogarsi interiormente ma anche socialmente e culturalmente.

## Bibliografia

- Andreoli, V., Crepet, P., Meghnagi, D., e Parsi, M.R. (2009). *L'oppio dei popoli*. Milano: Piemme.
- Arieti, S. (1967). *The Intrapsychic Self*. New York: Basic Books [trad. it.: *Il Sé intrapsichico: affettività, cognizione e creatività nella salute e nella malattia mentale*. Torino: Boringhieri, 1969].
- Arieti, S. (1976). *Creativity. The Magic Synthesis*. New York: Basic Books [trad. it. *Creatività. La sintesi magica*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1979].
- Benedetti, G. (1980). *Alienazione e personazione della malattia*. Torino: Einaudi.
- Bion, W.R. (1970). *Attenzione e interpretazione. Una prospettiva scientifica sulla psicoanalisi e sui gruppi*. Roma: Armando, 1973.
- Bion, W.R. (1965). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Roma: Armando, 1973.
- Bowlby, J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina, 1982.
- Corrao, F. (1992). *Modelli psicoanalitici. Mito, passione, memoria*. Bari: Laterza, 1992.
- Erikson, E.H. (1959). *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Roma: Armando, 1991.
- Feuerstein, R., Rand, Y. e Feuerstein, R. (2005). *La disabilità non è un limite. Se mi ami costringimi a cambiare*. Firenze: Libri Liberi, 2005.
- Freud, S. (1925), *La negazione*. OSF. 10, 197-199.
- Meghnagi, D. (1992). *Il padre e la Legge. Freud e l'ebraismo*. Venezia: Marsilio, 2004.
- Meghnagi, D. (2005a). *Ricomporre l'infranto. L'esperienza dei sopravvissuti alla Shoah*. Venezia: Marsilio, 2005.
- Meghnagi, D. (2005b). *Introduzione*. In Feuerstein et al. *La disabilità non è un limite* (pp. VII-XIII).
- Meghnagi, D., (2012). *La malattia come premonizione*. *Psicoterapia e scienze umane*, 46(2), 209-224.
- Selvini Palazzoli, M. (2006). *L'anoressia mentale*. Milano: Raffaello Cortina.