

PSYCHOMEDIA

Psycho-Conferences

DANZAMOVIMENTOTERAPIA E CORPO CONTEMPORANEO

Convegno Nazionale APID

Roma, 26-28 Marzo 2010

“Il mio corpo mi ha portato qui ... e adesso ha paura di cambiare”.

La DanzaTerapia nel trattamento multidisciplinare residenziale dei Disturbi Alimentari.

di Nicoletta Della Torre

Oggi si parla molto di Disturbi Alimentari (DA) sulla spinta della loro allarmante diffusione soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione femminile dei Paesi industrializzati. Gli studi epidemiologici condotti in molti Paesi testimoniano che l’incidenza dei DA non ha mai smesso di aumentare negli ultimi quarant’anni.

Definiti come *moda*, *problema psichiatrico* o *epidemia sociale*, l’interesse crescente nei confronti di queste patologie ha visto, parallelamente al moltiplicarsi di studi specialistici per “addetti ai lavori” volti ad approfondire ipotesi interpretative e strategie di intervento, un proliferare di articoli, servizi in trasmissioni televisive e, successivamente, di siti, blog e forum. Questa maggiore informazione e pubblicizzazione di massa ha avuto e continua ad avere, ovviamente, un ruolo importante nella diffusione ulteriore del fenomeno ma, allo stesso tempo, ha comportato un significativo cambiamento nel vissuto personale della propria condizione di malattia non più “tanto speciale ed unica” come era stato nel passato.

Nel corso dei decenni la fenomenologia stessa dei DA si è rapidamente modificata e dalla prevalenza dell’anoressia pura degli anni sessanta caratterizzata dal solo digiuno, si è passati ad un incremento dell’anoressia con caratteristiche bulimiche negli anni settanta, mentre dagli anni ottanta cominciano a prevalere i casi di bulimia normopeso. La tendenza attuale è quella relativa ad un aumento di casi di bulimia multicomplussiva, caratterizzati da numerosi e svariati comportamenti compulsivi, come abuso di alcol e droghe e gesti autolesionistici.

Da sempre nell’approcciarsi ai DA molta attenzione è stata dedicata alla manifestazione sintomatica spesso così eclatante, inquietante, drammatica. Ma il sintomo svela e al tempo stesso nasconde la persona.

Dietro la stereotipia delle manifestazioni sintomatologiche, che possono apparire pressoché sovrapponibili nei pazienti che incontriamo, si ritrovano caratteristiche di personalità, situazioni di vita uniche ed irripetibili, grandi complessità di storie e di relazioni.. il sintomo in questo senso può nascondere la persona in una mimetica espressione sintomatica, in una sorta di omologazione in un

“corpo sintomo” che diventa come un’uniforme.

Nella relazione terapeutica con ciascuna persona il riferimento ad una conoscenza teorica è per noi come una bussola per esplorare “la mappa” del paziente, la complessità del suo modo di essere nel mondo e l’originalità della sua storia. Il lavoro di cura ci chiede di incontrare la persona condividendo con lei un percorso di comprensione del senso del “sintomo” nella sua particolare esistenza, nella complessità del suo essere persona immersa nel proprio contesto familiare e sociale più ampio.

Pensare al sintomo come messaggio e comunicazione ci interroga su “cosa vuole dire la persona attraverso il suo sintomo?” e anche su “a chi lo vuole dire?”, pensare al sintomo come meccanismo di difesa ci aiuta a comprendere “come funziona la persona” e “che ruolo ha il sintomo nel suo equilibrio”; pensare al sintomo come tentativo di autocura ci pone la questione “da quale sofferenza la persona cerca di ‘autocurarsi’ attraverso il sintomo?”. In questo senso il sintomo può svelarci la persona..

Il DA riflette un deficit nel processo di simbolizzazione. Ciò che è sensazione-emozione sembra restare confinato nello spazio somatico e poter essere espresso prevalentemente attraverso l’agire e l’organizzarsi in comportamenti.

I DA, il cui esordio è prevalentemente in adolescenza, assumono il significato di comportamenti adattativi rispetto ad una sfida evolutiva, quella del conquistare una rinnovata integrazione psicocorporea, vissuta come minacciosa per la propria stessa identità.

La mente dell’adolescente si trova impreparata a mentalizzare l’esperienza del proprio corpo che si impone come trasformato e sessuato e, così, usa il corpo stesso per parlare perché la mente non è ancora pronta a farlo. Il corpo assume nell’esperienza dell’adolescente una significativa centralità: è il privilegiato strumento per esprimere conflitti psichici e di relazione.

Ho avuto modo, purtroppo, di riscontrare in questi anni di lavoro che spesso trascorre molto tempo prima che l’adolescente che ha tentato di “auto curarsi” con il DA acceda ad un aiuto professionale che lo aiuti a crescere e a sviluppare funzioni mentali più mature. In alcuni casi ci troviamo di fronte a situazioni in cui il rischio è quello di un danno serio per la propria salute o di una cronicizzazione del sintomo, ma nella maggior parte dei casi il rischio ancor più grave è quello di una cronicizzazione dell’esistenza, risucchiata in una gabbia in cui la vita con tutta la ricchezza del suo fluire non passa.

La sfida terapeutica, anche nelle situazioni di cronicità, è riuscire a far emergere il significato psicologico e relazionale del sintomo che, se cristallizzato negli anni, tende a far smarrire il suo senso profondo a cui è necessario accedere per riavviare un processo evolutivo.

La “cordata salva vita”: il trattamento multidisciplinare intensivo dei Disturbi Alimentari

I DA sono patologie complesse e multifattoriali con significative conseguenze sia fisiche che psicologiche e richiedono spesso trattamenti multidisciplinari di lunga durata. Il rischio di cronicità è molto alto e rappresenta una sfida crescente per i servizi sanitari sia in Europa che nei paesi nord americani. Negli ultimi anni anche in Italia si sono moltiplicati i servizi che, in differenziati setting di

cura (ambulatori, day hospital, comunità terapeutiche, strutture di ricovero), propongono programmi multidisciplinari all'interno dei quali sempre più frequentemente è presente un approccio espressivo corporeo.

La riflessione che propongo nasce dall'esperienza di lavoro continuativa di circa sei anni, in qualità di psicologa psicoterapeuta e dmt, all'interno di un'UOC di Riabilitazione Metabolico-Nutrizionale nella provincia di Roma, che propone programmi di trattamento per persone con DA (anoressia, bulimia, NAS) e obesità (semplice o complicata, associata a Binge Eating Disorder o ad altra patologia psichiatrica).

Al lavoro in ambulatorio, con persone che richiedevano una consulenza psicologica e una psicoterapia, si è affiancato il lavoro in reparto con pazienti ricoverati per il trattamento di riabilitazione multidisciplinare per una durata che nel corso del tempo si è modificata, su indicazione della normativa regionale, da alcuni mesi ad alcune settimane. In reparto vengono ricoverate persone con problemi alimentari aggravati da complicatezze mediche di vario tipo (alterazioni metaboliche, squilibri elettrolitici, sofferenza nella funzione cardiovascolare, alterazioni nello stato di nutrizione, problematiche relative all'apparato scheletrico, gastroenterico e urinario) associate a problematiche psicologico-psichiatriche e ad un funzionamento globale ed una qualità di vita gravemente compromessi. Dei 52 posti letto complessivi in reparto la gran parte sono destinati a gravi obesità, solo un piccolo numero (tra 4 e 8) viene riservato ai pazienti affetti da DA. Ho condotto gruppi di dmt per sei anni e hanno attraversato i gruppi molte centinaia di persone con obesità e un po' meno di un centinaio di persone con DA.

Un'équipe multidisciplinare composta da medici nutrizionista e psichiatra, psicologi e psicoterapeuti, dmt, educatori, dietisti, fisioterapisti, infermieri e personale ausiliario, collabora per il raggiungimento degli obiettivi concordati con i pazienti in un programma riabilitativo intensivo residenziale che prevede: intervento nutrizionale; dietoterapia; trattamento psicofarmacologico; fisioterapia; psicoeducazione; incontri di gruppo focalizzati sulla motivazione al cambiamento; consulenza alla famiglia; danzamovimentoterapia; laboratori di attività creative con l'educatore.

L'intervento riabilitativo è pensato con nell'ottica della complessità, in una prospettiva epistemologica che non si appaga di spiegazioni univoche, ma tenta di indagare la pluralità dei livelli cointeressati, cogliendone le correlazioni e ricercando in queste non solo le chiavi di lettura che possano spiegare l'emergere del disturbo ma anche l'efficacia di un approccio terapeutico multidimensionale e integrato. Il trattamento multimodale consente di offrire una molteplicità di punti di aggancio al paziente e di formulare programmi di lavoro diversificati in risposta alle differenze individuali; di intervenire simultaneamente sull'aspetto biologico e somatico, sulla psiche, sulla relazione, sulla famiglia; di promuovere reciproche facilitazioni tra psicoterapia e terapia espressiva, tra lavoro individuale e lavoro con la rete relazionale, tra risorse dell'individuo e risorse del gruppo.

Gli obiettivi perseguiti in un ricovero di questa breve durata sono: valutare e affrontare eventuali emergenze cliniche; impostare la terapia medica e psicofarmacologica; contenere i comportamenti più nocivi (vomito, uso di lassativi e diuretici, esercizio fisico eccessivo,

autolesionismo); avviare un corretto stile alimentare nel ritmo e nella qualità dei nutrienti; avviare il recupero ponderale e il ristabilirsi di un equilibrio nelle condizioni cliniche; disegnare e preparare concretamente il piano di cura post-ricovero.

Nella letteratura internazionale c'è unanime accordo sulla maggiore efficacia terapeutica di un approccio multidisciplinare e, in questo contesto ospedaliero, questo viene reso operativo su un terreno di confine tra tante discipline e professionalità per affrontare la complessità del DA intervenendo su Corpo, Mente, Relazione.

Ma la multidisciplinarietà diventa anche quotidianamente terreno di faticoso incontro tra mondi, quello della medicina e quello della psicologia, che spesso "drammatizza" il rapporto corporeo difficile e conflittuale, fondamento stesso del disturbo dell'immagine corporea che è l'aspetto nucleare nell'eziologia, nella diagnosi e nel trattamento dei DA.

La persona è un campo complesso: il benessere o malessere sono connessi all'integrazione o meno dell'unità mente-corpo-relazione.

Quale "corpo-mente-relazione" incontriamo in reparto?

Un corpo-malato che necessita molto spesso di un trattamento medico "salva vita", un corpo-sintomo che viene analizzato, valutato, monitorato.. in persone ossessionate dal controllo del corpo e, così, delle proprie emozioni. L'esperienza soggettiva del corpo sembra come risucchiata e divorata da quella del corpo-oggetto, del corpo estraniato e svuotato di intenzionalità. Persone incapsulate in rituali ossessivi, in una sospensione temporale, ritirate dalla vita relazionale in un estremo tentativo di evitare il confronto con il nuovo, con l'evolvere della vita, con l'altro da sé.

I disturbi dell'immagine corporea e i Disturbi Alimentari

Mente Corpo e Relazione sono connessi in modo imprescindibile nell'Immagine Corporea. Molte ricerche recenti segnalano che i disturbi dell'immagine corporea svolgono un ruolo centrale nel determinarsi e nel persistere dei DA e dell'obesità.

"Immagine del corpo. L'espressione si riferisce alla relazione, consci e inconsci, che ogni individuo ha con il proprio aspetto fisico. E' un costrutto mentale complesso al quale contribuiscono sensazioni, emozioni e pensieri e che esercita una pesante influenza sui comportamenti e le scelte di vita. L'esperienza clinica segnala che l'atteggiamento verso l'immagine del corpo è un concetto multidimensionale che include elementi cognitivo-valutativi, emotivi e comportamentali intrecciati tra loro. Il disturbo dell'immagine corporea assume la forma di una preoccupazione opprimente per la propria forma fisica, tale da oscurare ogni altra caratteristica personale (...) si vede il mondo intero in termini di peso." M. Cuzzolaro

L'immagine corporea e i suoi disturbi sono in stretta relazione con gli stili alimentari (Thompson, 1996) e si declinano in varie fenomenologie: insoddisfazione corporea come disagio diffuso e generico; insoddisfazione corporea specifica legata a parti o caratteristiche o funzioni del corpo; vissuti di distacco e di estraneità del proprio corpo; distorsioni percettive del corpo e delle sue

funzioni; comportamenti di evitamento e di controllo compulsivo; dismorfofobia.

Le persone con un DA sentono il loro corpo come se non appartenesse veramente a loro, hanno l'impressione di non aver dominio del proprio corpo e delle sue funzioni. E' frequente la lamentela relativa al "Non essere come dovrebbero".

Nelle persone con anoressia prevale la distorsione della percezione del proprio corpo. "*Davvero non riesco a vedere quanto sia secca. Guardo nello specchio eppure non riesco a vederlo; so di essere magra..ma non lo vedo!*"

Nelle persone con problemi di bulimia prevale la paura che il corpo cambi improvvisamente e che sfugga al proprio controllo. "*Appena mangio qualcosa..anche solo due biscotti.. la mia pancia comincia a gonfiarsi. Ho paura di diventare troppo grassa.. che il peso aumenti vertiginosamente di giorno in giorno*".

Nelle persone con il bing eating disorder prevalgono il disprezzo e il disgusto per il proprio corpo, il senso di colpa e la vergogna, la sensazione di scollamento dal proprio corpo. "*Mi sento disgustata nel mio corpo grasso. Voglio tirarmene fuori, dimagrire il più presto possibile. Non riesco a pensare ad altro..*"

Il trattamento dei disturbi dell'immagine corporea e dei Disturbi Alimentari

"Un concetto realistico di immagine corporea è premessa indispensabile alla guarigione. Molti pazienti fanno progressi per le ragioni più svariate, ma una guarigione effettiva e duratura può essere raggiunta solo se si corregge la percezione fallace dell'immagine corporea". H. Bruch

Gli approcci al trattamento delle problematiche dell'immagine corporea seguono diverse prospettive: psicoanalitica, esperienziale, cognitivo-comportamentale, psicoeducazionale, ecologico, farmacologico.

L'uso delle tecniche esperienziali ed espressive è andato aumentando negli ultimi dieci anni e, anche in Italia, la Dmt ha cominciato ad essere presente in modo strutturato all'interno dei programmi multidisciplinari. Con maggior frequenza la dmt è parte integrante di progetti continuativi ambulatoriali e nelle comunità terapeutiche, dove la qualità e la durata del trattamento sono in funzione di obiettivi più ampi, di tipo psicoterapeutico e socio-riabilitativo; risulta piuttosto insolito il lavoro con la dmt all'interno di un reparto di trattamento riabilitativo intensivo, la cui durata è molto breve e la qualità è prioritariamente orientata agli aspetti clinici organici.

Nonostante sia sempre più diffusa la convinzione tra i clinici dell'utilità delle terapie espressive, ci sono purtroppo ancora pochissimi studi scientifici sull'argomento. Penso che sarà importante contribuire ad approfondire la ricerca sull'uso del linguaggio corporeo nella terapia con i DA in virtù degli isomorfismi che consentono di incontrare il paziente nel medesimo universo di codici simbolici, di parlare il suo stesso linguaggio.

La dmt può diventare strumento elettivo in presenza di gravi difficoltà sul polo della

mentalizzazione degli affetti per la sua specificità di intervento sull'asse corporeo-relazionale. In queste situazioni, caratterizzate da una grande difficoltà a pensare il problema e da una tendenza a veicolarlo sintomaticamente attraverso il corpo, la dmt può attivare a livello del simbolismo corporeo una nuova esperienza di sé e facilitare l'accesso al livello simbolico-elaborativo.

Il gruppo di danzamovimentoterapia in reparto

Quale spazio è possibile aprire con queste persone ed in questo contesto al “corpo vivente”? Quale possibilità di ricerca dell’autenticità nell’espressione di sé è possibile avviare per consentire ad un “corpo oggetto di attenzioni” di diventare “corpo soggetto di intenzioni”? Quale possibilità di riportare il corpo alla dimensione dell’intersoggettività?

Il Gruppo di Dmt in reparto è stato un gruppo continuativo, con cadenza bi-settimanale della durata di un’ora, aperto, con un frequente turn over dei pazienti che vengono ricoverati da 4 ad 12 settimane. Ho condotto gruppi di dmt con persone con DA fino al dicembre 2010. Hanno attraversato questi gruppi quasi un centinaio di persone, in prevalenza donne, di età compresa tra i 16 e i 62 anni, provenienti dalle regioni del centro-sud Italia.

Il lavoro per un tempo breve con un gruppo omogeneo nell’aspetto sintomatologico presenta risorse e limiti significativi. Si aprirebbe una pista di riflessione interessante ma in questa sede mi limito a dire che l’intenzione che mi ha guidata è stata quella di facilitare il passaggio dalla frequente e rischiosa *competizione sul sintomo* ad un reciproco sostegno nella riscoperta e valorizzazione della propria complessità ed unicità di persona.

Ho ripensato più volte alle *finalità* del progetto di dmt in questo contesto ospedaliero e agli *obiettivi* volta per volta modulabili con pazienti spesso prive di una motivazione personale al trattamento se non addirittura neganti, opposite ed ostili. I vincoli nella struttura sono pressanti, sia rispetto ai brevi tempi di ricovero che alla priorità data all’intervento medico. Le gravissime condizioni cliniche delle pazienti ricoverate, sia psicopatologiche che organiche, a volte impediscono loro di accedere a qualunque forma di attività, ad esempio possono essere bloccate a letto per monitoraggi cardiaci o alimentazione artificiale.

Tra tante esperienze faticose e frustranti alcune piste di lavoro sono risultate interessanti e, nel corso del tempo, il trattamento con la dmt in questo contesto si è definito nella sua specifica finalità di un lavoro per la *riorganizzazione dell’immagine corporea*: mirato a risvegliare la percezione del corpo, migliorare la consapevolezza sensoriale, consolidare l’integrazione corporea, il confine corporeo e relazionale; a sviluppare il senso di potere personale (senso di iniziativa di movimento nello spazio) e di un senso di locus of control interno; a favorire l’espressione della vita emozionale e a migliorare la consapevolezza di Sé come un’unità mente-corpo-relazione e, soprattutto, finalizzato a riscoprire il corpo come una risorsa, riconoscendone le potenzialità espressive e relazionali per promuovere una positiva esperienza soggettiva dell’”Esserci”.

In ogni incontro, ad un primo momento di verbalizzazione per instaurare un clima favorevole allo scambio interpersonale e al passaggio al linguaggio non verbale, segue un riscaldamento corporeo, un’esperienza di movimento su un tema ed una breve conclusione verbale a partire dalla

condivisione del lavoro di sintesi personale. Il “diario dell’esperienza” (in cui ciascun paziente riporta su un foglio personale con parole e colori aspetti significativi relativi all’esperienza corporea, emotiva e relazionale appena conclusa) è pensato per favorire la possibilità di riflessione e di confronto in gruppo, valorizzando e connettendo tra loro sensazioni, emozioni e pensieri.

Negli incontri vengono proposte varie esperienze per sviluppare una maggiore consapevolezza delle posture, dei gesti, delle proprie attitudini interne nei confronti del flusso del movimento, del peso, del tempo e dello spazio. Esperienze di ascolto del proprio corpo, autopercezione, respirazione, rilassamento attivo, visualizzazione di se stessi; esperienze di esplorazione dei movimenti di apertura e di chiusura, della kinesfera, del movimento nello spazio e nella relazione con gli altri.

Alcune tecniche di body image therapy sono state integrate nel lavoro di dmt con l’obiettivo di ripristinare una visione più realistica e una maggiore familiarità con il proprio corpo. In ogni incontro una parte del lavoro è sempre orientata alla relazione interpersonale, ad incoraggiare la fiducia nella possibilità di incontrare autenticamente l’altro, affrontando la solitudine e l’isolamento.

Spazio desiderato e al contempo temuto, il gruppo di dmt con le pazienti ricoverate per un DA aggravato da complicanze mediche spesso gravissime, diviene il luogo ed il tempo in cui viene offerta la possibilità di dar voce ad un mondo interiore a cui non si riesce a dare ascolto, avviare un contatto con sensazioni, emozioni e pensieri nel qui ed ora dell’esperienza in gruppo, interrompendo il proprio ossessivo monologo distorto su un corpo idealizzato.

Il modo più diretto di riconnettersi con l’autenticità del corpo è attraverso il corpo

Chi soffre di un DA descrive il suo corpo come un estraneo e spesso come un nemico. Aiutare le pazienti ad esplorare *cosa sentono vivere nei loro corpi* è un ingrediente centrale per un autentico cambiamento. Nel recupero di un ascolto ed un contatto emotivo con se stesse si può avviare la possibilità di uscire dalla solitudine radicale in cui queste giovani esistenze sono ingabbiate.

Nel ritrovare uno spazio di intimità si può riavviare con maggior fiducia l’ascolto di sé, vissuto come bloccato da un tempo infinito, e sostenere la crescita delle capacità riflessiva dell’io e di auto contenimento di pulsioni ed emozioni. Ricreare un confine psicocorporeo di difesa e di protezione, facendo esperienza di affidamento nella propria possibilità di contenere ciò che si pensava troppo forte emotivamente per sé, permetterà nel tempo di lasciar cadere la corazza del DA. L’esperienza di ascolto di sé apre alla possibilità di superare le barriere dell’intellettualizzazione e di entrare in un contatto autentico con se stessi e con gli altri. Nell’esperienza di dmt vengono trovati movimenti, immagini e parole per narrarsi, per uscire dalla clandestinità di un labirinto di dinieghi ed evitamenti. Nel vivere esperienze di fiducia in sé e negli altri si avvia il percorso per uscire dalla vergogna e dal dubbio su se stessi, si gettano le basi per sperimentare una diversa espressione della propria soggettività, in modo non autolesivo, non svalutativo o oppositivo, e per avviare la possibilità di far fluire la vita e aprirsi al nuovo e all’incontro con l’altro.

Riconnettere il corpo con le emozioni permette alle pazienti di fare esperienza di affetti ed esprimere il proprio mondo interno, di riconoscere significati nel proprio comportamento e nel proprio modo di

entrare in relazione. Esplorando la loro relazione con il corpo, durante il gruppo di dmt, imparano a creare connessioni tra il loro modo di muoversi nell'esperienza terapeutica ed il loro modo di muoversi nella vita. Attraverso il fare esperienza di sé “corpo-mente-relazione” la percezione della propria immagine corporea diviene più realistica autorizzando l'accesso a bisogni e sentimenti autentici.

Soprattutto nei ricoveri più lunghi, della durata di alcuni mesi, l'esperienza di dmt mi è sembrata potesse sostenere in modo significativo l'avvio di un percorso di cambiamento, processo che mi piace rappresentare con l'immagine *dell'apertura di una porta*. In alcuni casi la porta sembrava socchiudersi con lentezza e gradualità, in altri come si spalancasse d'improvviso.

Il percorso graduale sembrava avere inizio con il darsi la possibilità di *ascolto del corpo*, a cui seguiva una maggiore consapevolezza percettiva e il *riconoscersi nella realtà del proprio corpo*, con i suoi limiti ma anche con le sue risorse; proseguire con il *riconciliarsi con il corpo*, nell'autorizzarsi a sentire di avere dei bisogni autentici, per poi *riaccordarsi con il corpo*, riscoprendo la forma, il ritmo ed il colore del proprio modo di esistere nel mondo e poter affrontare la paura di aprirsi al cambiamento e al fluire della vita.

A proposito della porta che si spalanca d'improvviso, ricordo ancora molto bene A., 20 anni con un'anoressia restrittiva gravissima ma per fortuna piuttosto recente.. stava opponendosi alle cure in modo caparbio come le anoressiche sanno fare. Dopo un'incontro individuale di dmt ha pianto per ore e poi si è data la possibilità di cominciare a costruire una motivazione personale al cambiamento. “*Solo oggi mi sono resa conto di cosa mi sono fatta.. ho sentito le mie ossa.. sotto la pelle ci sono solo le ossa.. (...) Voglio guarire!*” (A., 2007)

L'esperienza di riconnettersi al corpo è stata trasformativa anche per chi si è consentito di *viversi nel corpo* durante l'esperienza di dmt in un modo diverso dal sentirsi e dall'essere considerata come portatore di un grave sintomo, aprendosi all'esperienza creativa e alla piacevolezza dell'esperienza del movimento. “*Mi sono sentita diversa.. non ho proprio pensato al mio problema e al motivo per cui sono ricoverata qui.. Non mi capitava da tantissimo tempo.. E' stato bello!*” (D., 2008)

In molti altri casi la porta, quell'apertura verso l'autenticità di se stessi, si è timidamente cominciata a socchiudere, lasciando accessibile solo uno spiraglio di possibilità.

Bibliografia

Bianchini P., Dalla Ragione L., “*Il cuscino di Viola. Dal corpo nemico al corpo consapevole*”, Diabasis, Reggio Emilia, 2006.

Cash T.F., Pruzinsky T., “*Body image. A handbook of theory, research and clinical practice*”, Guilford Press, New York-London, 2002.

Cuzzolaro M., “*Anoressie e bulimie. Troppo o troppo poco: un'epidemia dei nostri tempi*”, Il

Mulino, Bologna, 2004.

Krantz A.M., “*Growing into her body: dance/movement therapy for women with eating disorders*” in “American Journal of Dance Therapy”, vol. 21, N. 2, American Dance Therapy Association, Kluwer Academic Publisher, 1999.

Krueger D.W, Schofield E., “*Dance/Movement Therapy of eating disordered patients: a model*”, in “The Arts in Psychotherapy”, vol. 13, Ankho International Inc., USA, 1986.

Payne H., “*Eating distress, women and integrative movement psychotherapy*”, in “Arts Therapies and clients with eating disorders” by Detty Doktor, Jessika Kingsley Publisher, London, 1994.

Pylvanainen P., “*Body Image: a tripartite model for use in dance/movement therapy*”, in “American Journal of Dance Therapy”, vol. 25, N. 1, American Dance Therapy Association, Kluwer Academic Publisher, 2003.

Rice J.B., Hardenbergh M., Hornyak L.M., “Disturbed body image in anorexia nervosa: dance/movement therapy interventions” in “Experiential Therapies for Eating Disorders” by Hornyak L.M., Baker E.K., Guilford Press, New York, 1989.

Stark A., Aronow S., McGeehan T., “*Dance/movement therapy with bulimic patients*”, in “Experiential Therapies for Eating Disorders” by Hornyak L.M., Baker E.K., Guilford Press, New York, 1989.

Thompson K., “*Body image, eating disorders and obesity. An integrative guide for assessment and treatment*”, American Psychological Association, Washington, DC, 1996.

Totentbier S., “*A new way of working with body image in therapy, incorporating dance/movement therapy methodology*” in “Arts Therapies and clients with eating disorders” by Detty Doktor, Jessika Kingsley Publisher, London, 1994.

Zappa L.E. (a cura di), “*Alice in fuga dallo specchio. Il disturbo dell’immagine corporea nell’Anoressia Nervosa e nei DCA. Un modello integrato di trattamento*”, Franco Angeli, Milano, 2009.

Nicoletta Della Torre

Psicologa psicoterapeuta grupperanalista, dmt sv APID. Docente e supervisore della Scuola di Formazione in DanzaTerapia Espressivo-Relazionale. Socio del Laboratorio di Gruppoanalisi. Attualmente esercita la professione di psicoterapeuta in ambito privato proponendo progetti multimodali. Nel trattamento con la danzaterapia dei disturbi dell’immagine corporea e dell’alimentazione lavora in setting sia individuali che di gruppo.

