

**PSYCHOMEDIA**  
*Psycho-Conferences*

**DANZAMOVIMENTOTERAPIA E CORPO CONTEMPORANEO**  
**Convegno Nazionale APID**  
**Roma, 26-28 Marzo 2010**

---

***Corpi in movimento: luoghi generativi di trasformazione.***

Rosa Maria Govoni

*Premessa*

In questo scritto farò riferimento alla presentazione “***Corpi in movimento: luoghi generativi di trasformazione***” fatta dalla collega **Piera Pieraccini** e da me insieme al Convegno nazionale APID “Danza Terapia e Corpo Contemporaneo”, tenutosi a Roma il 26-28 marzo 2010, dedicata al lavoro di Danza Movimento Terapia in ambito clinico con persone sofferenti di disturbi borderline e di sintomi post traumatici. Con **Piera Pieraccini** abbiamo inoltre concordato su alcuni temi generali comuni, relativi agli strumenti da noi utilizzati nella Danza Movimento Terapia e sulla filosofia di base utile nei suddetti contesti di cure, che riassumerei nei seguenti concetti fondamentali, in base ai quali abbiamo sviluppato le nostre presentazioni:

- *La creazione di un contenitore stabile per ripristinare la fiducia di base.*  
- *L'utilizzo di modalità specifiche di sintonizzazione e di rispecchiamento empatico usate nella tecnica terapeutica.*

- *Il sistema di osservazione e analisi del Movimento Laban e gli studi di Kestenberg.*

*Gli studi sui processi motori di sintonizzazione e aggiustamento di Kestenberg.*

- *La Disciplina del Movimento Autentico: l'approfondimento della posizione del ruolo di testimone (J. Adler).*

- *L'attenzione all'integrazione degli aspetti verbali e non verbali.*

Riguardo a quelle che abbiamo chiamato le “Fondamenta della DMT” abbiamo trovato significativi i seguenti concetti:

- *La capacità di osservazione e di ascolto del corpo aiuta a riconoscere le vicende degli affetti e delle difese arcaiche, presenti nella muscolatura del corpo e nelle sue qualità e forme di movimento, come anche le risorse e le possibilità rigeneratrici insite in queste.*

- *Le connessioni tra le componenti affettive, emotive, cognitive, per risanare quei sistemi di regolazione affettiva che facilitano i processi di interiorizzazione e di sviluppo delle funzioni simboliche.*

- *L'apertura da parte del terapeuta, all'interno di sé, di un canale profondo di comunicazione che possa rimanere ricettivo all'esperienza corporea del paziente, ma allo stesso tempo ancorato*

*saldamente alla propria.*

*- L'esplorazione dei vissuti somatici controtransferali come terreno fondamentale per il processo terapeutico, in quanto gli affetti travolgenti e la molteplicità delle difese di scissione che investono il terapeuta rischiano di compromettere le capacità di pensiero riflessivo, di immaginazione e di risonanza empatica.*

*- L'attribuzione di forma e significato all'esperienza somatica del paziente, in modo che le parti del Sé scisse, dissociate o proiettate all'esterno, possano essere nominate, riconosciute, reintegrate e collegate significativamente con pensieri, parole, immagini.*

Ora entro nella parte che ho sviluppato in relazione all'utilizzo della DMT nelle situazioni traumatiche.

### *La percezione del movimento e dello spazio come strumento di cura*

Molti autori hanno evidenziato come di fronte a situazioni o a casi di disagio profondo le parole non si dimostrino sufficienti nel lavoro terapeutico, in quanto rappresentano una sponda inadeguata a offrire un sostegno immediato per riflettere, per dare senso e pensabilità all'esperienza umana (Ancona, Edelman, 1993), e come il movimento corporeo possa invece assumere un ruolo essenziale nei processi di cura e di trasformazione psichica.

Recenti studi nel campo delle neuroscienze stanno dimostrando come i nostri processi mentali vengano strutturati dalle esperienze percettive e motorie attivate dal corpo nei suoi movimenti in relazione al mondo (Iacoboni, 2008). Il movimento corporeo ci offre strutture prelogiche in grado di sviluppare connessioni simboliche, essendo un linguaggio adatto a comunicare esperienze interiori, una sorta di alfabeto dell'esperienza creativa capace, fin dall'inizio, o fin dai nuovi inizi resi necessari dalle vicissitudini del disagio psichico, di creare un dialogo possibile, di aiutare a riprendere il filo di un discorso terapeutico iniziato con fatica e talora sospeso o spezzato.

Boccalon.R, 2009)

Lavorando con il movimento si approfondisce la capacità di leggere, comprendere e analizzare quei fenomeni corporei, quali sensazioni, percezioni, emozioni, variazioni del tono muscolare ecc., e quelle "protoimmagini" che caratterizzano il funzionamento dello "psiche-soma" (Winnicott), del rapporto mente-corpo così come si sviluppa nell'individuo a partire dalle esperienze primarie. Nelle persone che hanno vissuto traumi precoci e che presentano meccanismi difensivi – quali la scissione, la mancanza di un senso di continuità psichica, la difficoltà a simbolizzare – si evidenzia un impedimento a disporsi a una profonda elaborazione a livello della consapevolezza di Sé. In questi casi la ricchezza, la complessità e l'intensità dei codici espressivi non verbali del movimento facilitano il passaggio, in senso trasformativo, dalla dimensione del "significante" a quella dei suoi possibili "significati", rendendo in tal modo più fluida l'interazione. Non a caso anche i neuroscienziati sostengono che la capacità di comprendere gli altri dipende dalla capacità di coordinare ciò che vediamo del movimento altrui con la conoscenza motoria implicita delle nostre azioni ( Gallese 2005, Rizzolatti & Sinigaglia, 2008 .)

Nel lavoro di DMT si attivano processi e stili comunicativi collegati ai potenziali creativi primari; si intrecciano, in forme e modi variegati a seconda dei momenti, prove di dialogo diretto tra il mondo interno del paziente e quello del terapeuta. Entrare in contatto con il paziente, con le sue espressioni e le sue creazioni motorie, di qualsiasi natura esse siano, aiuta a comprenderle nella complessità delle loro implicazioni e a intervenire in funzione del processo terapeutico, anche soprattutto in casi di grave complessità, in quelle patologie in cui eventi disturbanti o traumatici hanno spezzato e interferito con la capacità d'elaborazione affettiva e cognitiva dell'esperienza, o hanno preso forma nel corpo come

patologie somatiche. Spesso tali eventi rendono difficile affrontare il cambiamento e inibiscono la capacità di inoltrarsi più profondamente nei luoghi della trasformazione, dove si generano, insieme a ulteriori possibilità, anche angoscia e paura del nuovo.

### *L'approccio del terapeuta*

Ma come si arriva a questi “luoghi”? Per infrangere le barriere erette dai meccanismi difensivi e far emergere i moti dell'anima e della psiche il terapeuta deve approfondire la capacità di comprendere e attivare l'empatia, la capacità di risonanza, di rispecchiamento, di sintonizzazione, e tutti quei fenomeni connessi alla consapevolezza e all'analisi degli aspetti corporei, dell'immaginazione cinestesica e del *controtransfert* (CT) somatico. L'apertura del terapeuta a stadi profondi, in un linguaggio universale che svela e contiene in sé elementi del processo creativo, artistico, estetico, fa sì che si generi un canale privilegiato di ingresso e di uscita nel regno dell'esperienza arcaica ancora indicibile, che abbisogna di uno strumento che apra e conduca, e che dia forma e metta le basi al processo di emersione di senso.

Sappiamo che fare un buon lavoro terapeutico significa mettere a disposizione del paziente non solo la propria abilità tecnica e metodologica, ma anche il proprio essere. Solo lasciando emergere le comunicazioni inconsce tra paziente e terapeuta diventa possibile mettere in moto la capacità di simbolizzare: in risposta a tale comunicazione, il terapeuta attiva il proprio processo creativo, sviluppando movimenti e interventi basati sull'ascolto corporeo. Infine verbalizza l'esperienza che si è co-costruita, facilitando così l'integrazione del corpo e della psiche in entrambi. In tal modo si rende possibile ricreare quell'antico legame tra il corpo e la psiche che era stato compromesso e sviluppare la funzione riflessiva anche attraverso le specifiche modalità di sintonizzazione e di rispecchiamento empatico usate nella tecnica terapeutica.

Quando ci riferiamo a veri e propri traumi (Kristal H. 2007, Malacrea. Vassalli. 1990, Van Der Kolk 1996, Lewis Herman, J., 2005), a situazioni di *sindrome post traumatica da stress*, a *sindromi di risposta allo stress* ( Horowitz 2004) o a casi di persone cronicamente sofferenti per *traumi cumulativi* (Khan, 1963), ci poniamo di fronte al lavoro con persone che soffrono di disturbi di varia natura, singoli o ripetuti, vissuti in età evolutiva o in età adulta. In queste situazioni bisogna dare una specifica attenzione alla costruzione delle condizioni necessarie per procedere al trattamento (Vassalli2001), poiché ci imbattiamo in stati di allarme, in importanti alterazioni delle funzioni di controllo degli impulsi e di modulazione delle emozioni, accompagnate da importanti fenomeni dissociativi più o meno evidenti che rendono precaria e difficile la necessaria alleanza tra paziente e terapeuta. La capacità di utilizzare l'aiuto di un altro essere umano è fortemente danneggiata dalla continua oscillazione tra i diversi stati del Sé, dall'elevato allarme determinato dall'aspettativa di nuove aggressioni e dall'attitudine a replicare le esperienze traumatiche nella relazione con se stessi e con gli altri, scaricando la violenza, la vergogna, la paura, l'orrore e le altre soverchianti emozioni attraverso comportamenti distruttivi.

Da tempo gli specialisti (Kristal H. 2007, Malacrea. Vassalli. 1990, Van Der Kolk 1996, Lewis Herman, J., 2005 Schore2003), indipendentemente dal modello terapeutico a cui fanno riferimento, concordano sul fatto che i disturbi post traumatici cronici devono essere trattati con un approccio che preveda tre fasi distinte:

- 1) la costruzione di sufficienti condizioni di sicurezza, di stabilizzazione e di riduzione dei sintomi determinati dal trauma che ha colpito il paziente, che all'inizio della terapia si trova, di regola, in uno stato di profondo sconforto e impotenza;
- 2) l'accurata elaborazione delle memorie traumatiche;

3) la reintegrazione dell'identità e il riadattamento stabile alla vita reale e alle relazioni.

### *L'alleanza terapeutica*

Nella Danza Movimento Terapia il processo terapeutico si fonda sul processo creativo, in cui costruire, a sostegno della relazione tra paziente e danza movimento terapeuta, un “ambiente” facilitante, all'interno del quale è possibile esprimere e organizzare i vissuti corporei ed affettivi.

Questo tipo di lavoro, così come quello portato avanti con l'Arte Terapia (Della Cagnoletta 2010), può risultare uno strumento di analisi e d'intervento estremamente utile, in quanto attiva un'attenzione molto precisa all'area preverbale dell'esperienza, nella quale la relazione terapeutica, oltre a essere analizzata in termini di *transfert* e *controtransfert*, viene identificata nella forma, nel contenuto e nel processo dell'espressione. In tale dinamica è fondamentale la creazione di un *setting* contenitivo e non giudicante, di un contenitore sicuro, di un *holding environment* (Robbins 1984, 1998.) della fiducia di base e delle difese ri-strutturanti. Il terapeuta è, infatti, una presenza che non giudica e che, in quanto testimone (Adler 2003) affidabile, detiene la memoria, assicurando nello stesso tempo la segretezza.

L'atteggiamento terapeutico (Della Cagnoletta 2010) deve quindi essere affidabile, rispettoso, presente, non giudicante, integrato negli aspetti verbali e non verbali, non confrontativo né interpretativo.

Nel lavoro di DMT la focalizzazione va diretta al presente, alla descrizione, organizzazione e strutturazione del qui e ora, utilizzando il rispecchiamento e il contenimento. Siccome gli affetti “controtransferali” del terapeuta, il *controtransfert* somatico, le immagini che si formano dentro la mente del terapeuta, le sue risposte somatiche in relazione al materiale scisso, rimosso, inconscio del paziente, possono essere potentissimi e disturbanti, il lavoro di consapevolizzazione, autoanalisi e contenimento del terapeuta deve essere molto accurato. Schore (2003) sostiene che affinché si crei una buona alleanza terapeutica è importante che il paziente sperimenti che il terapeuta si trovi in uno stato di sintonizzazione vitalizzante con lui, ossia che le oscillazioni degli stati affettivi siano in sintonia. Le ricerche dimostrano che la sincronia affettiva è di tipo non verbale e che la risonanza avviene tra gli stati psicobiologici e non tanto tra gli stati mentali cognitivi.

Quindi, proprio perché il terapeuta entra empaticamente in sintonia e in risonanza con i mutevoli stati affettivi del paziente co-costruendo il contesto terapeutico, il contenimento è importantissimo per poter cercare di modulare la quantità e la qualità di affetti che si attivano durante le sedute.

A tal fine è fondamentale avere una solida formazione nella pratica e nella disciplina del Movimento Autentico (J. Adler, 2003, 2010, J. Chodorow, 2003, 2004, P. Pallaro, 2003, M. Whitehouse 2003), in quanto esso aiuta a sviluppare il ruolo del terapeuta come testimone che non giudica, non proietta e non interpreta, a sperimentare il «movimento diretto dall'inconscio» (M. Whitehouse 2003), a incrementare la conoscenza e la consapevolezza dei propri movimenti e degli stati psicocorporei a essi associati, del funzionamento dei meccanismi associativi, proiettivi, interpretativi relativi al movimento, e a comprendere i modi in cui siamo propensi a fare proiezioni e i modelli inconsci che adottiamo in relazione a incontri e relazioni specifiche con l'altro e con eventi specifici. In definitiva, il Movimento Autentico facilita la comprensione della matrice corporea e la sua natura cinestesica, delle riverberazioni inconsce e delle esperienze non mentalizzate.

Saper osservare attraverso l'analisi del movimento (Laban, 1950, Kestenberg 1990) del paziente, delle coreografie della relazione e del nostro *controtransfert* somatico (Lewis, Pallaro, P2003) ci aiuta a essere attenti alle sfumature, ai messaggi nascosti nel corpo, a essere congruenti e a formulare gli interventi clinici.

Nel lavoro di Danza Movimento Terapia si perfeziona la tecnica del rispecchiamento attraverso la possibilità di sintonizzarsi al *flusso di tensione* e al *flusso di forma* (Kestenberg 1990) del movimento del paziente. «La sintonizzazione si basa sull’empatia reciproca, dove cambiamenti nella tensione muscolare sono vissuti nel paziente e nel terapeuta. Gli aggiustamenti del livello di tensione servono a stabilire una fiducia reciproca e alcuni movimenti regolati dal ritmo del respiro possono essere riproposti dal terapeuta al paziente. La capacità di distinguere a quali qualità si sta rispondendo in maniera specifica può favorire il processo terapeutico e qui sta l’abilità di comprendere le scelte cliniche appropriate» (Govoni, 1998).

### *Le categorie del movimento*

Ora vorrei affrontare altri aspetti del movimento e delle difese psichiche motorie utili nell’osservazione dei pazienti traumatizzati che gli studi di Kestenberg mi hanno aiutato a focalizzare e che hanno a che fare con le categorie di movimento, quali la *continuità*, il *flusso libero o tenuto*, i *ritmi*, il *flusso neutro*, gli *attributi del flusso di tensione*.

Sappiamo che i potenziali affettivi relativi al sistema nervoso autonomo e ai centri affettivi del cervello primitivo gestiscono le inibizioni e le scariche motorie. Movimenti quali “fermarsi”, “rallentare”, “diminuire”, “indietreggiare” diventano le basi di risposta alla paura e formano le fondamenta dei meccanismi di difesa, quali la negazione, la repressione, l’isolamento e la scissione. La *continuità o la discontinuità del movimento* diventano elementi fondamentali per le risposte di agio/ disagio, per le reazioni primarie attacco/fuga/paralisi e di difesa, quali la dissociazione, l’*acting out*, l’identificazione con l’aggressore, la fuga maniaca e le proiezione, così come per le strategie di *coping* con l’ambiente. Dal punto di vista clinico si può rilevare che un uso troppo frequente di *flusso libero* potrebbe indicare una mancanza di confini del Sé e dell’Io. Chi si muove in questo modo si può quindi sentire sopraffatto da emozioni, dall’inconscio o da intrusioni di oggetti negativi internalizzati senza confini corporei, e potrebbe non sentirsi capace di contenere i propri sentimenti. Inoltre può essere soggetto a violazioni fisiche, poiché, senza la delimitazione di uno spazio definito da confini intorno a sé, una persona dà il messaggio che il suo spazio è facilmente violabile, presentandosi in tal modo come una vittima perfetta.

Al contrario un uso troppo frequente e intenso di *flusso tenuto* potrebbe indicare confini rigidi: non si esprimono affetti né si ricevono risposte affettive dagli altri e si dà il messaggio all’altro di non avvicinarsi, rinunciando così a entrare in contatto. Si sancisce in tal modo l’impossibilità di accedere a un mondo benevolo e ricco di opportunità positive.

Nell’osservazione dei *ritmi* possono emergere fattori inconsueti che potrebbero segnalare patologie che è utile ricercare e identificare, come i ritmi scomposti, interrotti, irregolari e imprevedibili, che denotano disorganizzazione e immaturità. Inoltre, quando molti ritmi si manifestano nello stesso momento, si possono generare processi di frammentazione.

Significativo diventa osservare quando e quanto si manifesta il *flusso neutro*, movimento che impiega livelli minimi di tensione muscolare ed è detto anche *deanimato*. Quando il flusso neutro è predominante sembra che l’individuo non abiti nel proprio corpo: appare privo di vitalità, inanimato, simile a un robot. Il flusso neutro si può osservare in momenti naturali assolutamente sani di riposo, di abbandono di tensione o di recupero, nei neonati, negli anziani o nel sonno, oppure nei malati e nell’espressione motoria di processi di difesa primitivi. Se però queste modalità espressive sono molto frequenti rivelano elementi di disagio. Per esempio, nella depressione si nota che non solo la tensione muscolare è neutra, ma anche le emozioni e i pensieri sono “anestetizzati”,

neutralizzati. In generale, comunque, “imbambolarsi” utilizzando il flusso neutro, anestetizzare pensieri ed emozioni, agisce come un meccanismo di difesa, che si riscontra anche in forme estreme, come avviene nello svenimento, quando diventa un meccanismo di protezione dall’impatto con un trauma.

Quando osserviamo gli *Attributi del Flusso di Tensione* (AFT) capiamo che essi organizzano, tra l’altro, l’espressione dei sentimenti e le reazioni emotive alla sicurezza e al pericolo, e che funzionano come meccanismi di regolazione affettiva nei bisogni. Se manca varietà di cambiamenti tra flusso tenuto e libero negli AFT si può ipotizzare che la persona manchi di elasticità e manifesti il flusso neutro come risultato di un appiattimento dell’affettività, che denota depressione o tratti schizoidi. Un’intensità troppo bassa nell’utilizzo del flusso neutro può creare una flaccidità simile a quella delle bambole di pezza, visibile per esempio in certi in pazienti suicidari, mentre un’intensità troppo alta crea una condizione di tensione come quella riscontrabile in personalità non adattive o, agli estremi, nella catatonìa.

Gli AFT ci possono segnalare la possibile presenza di abusi infantili quando vi è una predominanza di ipervigilanza e di attributi lottanti in risposta alla frustrazione. Per esempio, l’utilizzo di *flusso neutro e dell’attributo continuo* rende il movimento deanimato ed è di solito riscontrabile nella dissociazione e nella depersonalizzazione, quando si “lascia” frequentemente il proprio corpo, come avviene nei casi di shock da continuo abuso, di aggressione sessuale, di incidenti fisici o di operazioni chirurgiche. Se l’ambiente familiare è abusante nell’infanzia, si potrebbero sviluppare modelli di AFT come meccanismi di sopravvivenza che continuano anche nella vita adulta. Queste risposte affettive arcaiche, utili e protettive al momento dell’abuso, rischiano di far sì che la persona adulta non sia pienamente presente nel “qui e ora” e non possa quindi rispondere in maniera appropriata e consona alle situazioni che vive.

Il *Flusso di Forma Bipolare* segnala il livello di agio/disagio del Sé dell’individuo nella relazione. Nell’analisi del movimento, inoltre, esso rivela caratteristiche relative al tipo di cure primarie ricevute o di eventuali *situazioni abusanti* subite, e il senso del Sé che ne è risultato.

Attraverso questa struttura *i confini corporei* sono supportati dal senso di Sé e dell’altro internalizzato, come descrivono le teorie delle relazioni oggettuali.

Spero che aver condiviso questi rapidi accenni tecnici possa essere di stimolo ad approfondire queste tematiche molto complesse. Per concludere questo breve scritto vorrei tornare al concetto di testimone e richiamare le parole di J. Adler (2010 da “*Il corpo cosciente*”) “Due realtà intimamente correlate sono essenziali perché un trauma precedentemente bloccato e incastrato emerga nella coscienza in tutta sicurezza: un testimone interiore sufficientemente potente e un testimone esterno forte. Se non sono presenti entrambi questi aspetti, la ricaduta nell’esperienza terrorizzante di sensazioni ed emozioni può costituire un trauma ulteriore per la persona. Un testimone interiore forte quanto basta significa che la persona è capace di scoprire i movimenti e le esperienze interiori mentre vi è immersa dentro e deve essere in grado di modulare la propria esperienza di movimento; deve imparare con l’aiuto del testimone a calmarsi, a placarsi in modo da non rimanere sopraffatto da un eccesso di sensazioni. Tale rafforzamento del testimone interiore avviene solo nel rapporto diretto con un testimone esterno valido e presente».

Bibliografia:

Adler, J. (2010 ), *Il Corpo Cosciente ed Astrolabio* ed Astrolabio.Roma.

Ancona L., De Rosa E., Fischetti C. (1993) a cura di, Pre simbolico e simbolico, in *La vergine del*

latte, Cosmopoli, Bologna.

Boccalon.R. Govoni RM (2009)" Le parole del corpo La Psicoterapia Espressiva utilizza i vari linguaggi artistici a partire da quello corporeo " rivista Elisir di Salute, Luglio 2009.

Chodorow, J (2004) *Danzaterapia e psicologia del profondo*, Edizioni Red, Milano.

\_\_\_\_\_ (2004 ) " Il corpo come simbolo: la danza movimento in analisi " in Schwartz-Salant Murray Stein . ( a cura di ) *Il corpo in analisi*, ed Magi, Roma.

Della Cagnoletta, M. (2010). *Arte Terapia: la prospettiva psicodinamica*. Ed Carrocci, Roma.

Edelman G. M. (1993) *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano.

Endrizzi, Cristina. (2010) "Il corpo Psichico " ed Armando, Roma.

Gallese.V, (2005)La consonanza intenzionale. Meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività.

In "Sistemi Intelligenti", XVII, 3; PP353-382.

Govoni, R. M. (1998) "Danza: linguaggio poetico del corpo e strumento di cura" in *Quaderni di Arte Terapia* a cura di Maria Belfiore e Luisa Martina Colli, Ed. Pitagora, Bologna.

\_\_\_\_\_ (1998)"Emozione-espressione-cura. Movimento e danza: modalità espressive nel processo psicoterapeutico" in" *Regolazione delle emozioni e arti terapie*", a cura di Pio Enrico Ricci Bitti Ed. Carrocci, Roma.

\_\_\_\_\_ (2004 ) "Introduzione all'analisi del movimento LABAN" in cura di A. Adorisio M. E

Garcia . "DanzaMovimento Terapia Modelli e pratiche nell'esperienza italiana" Ed Magi. Roma

Khan M.R. Khan, M. (1963) "Il concetto di trauma cumulativo" in "Lo spazio privato del sé" Boringhieri .Torino.

Kristal H, (2007) *Affetto, trauma, alessitimia* Ed Magi, Roma.

Laban R. (1948) *Modern Educational dance* Mac Donald and Evans, London.

\_\_\_\_\_ (1950) *The Mastery of Movement*. Mac Donald and Evans, London.

\_\_\_\_\_ ( 1966)*Choreutics* , Mac Donald and Evans, London .

\_\_\_\_\_ (1999) *L'arte del movimento corporeo*, ed Coop. Ephemeria, Roma .

La Barre, F. (2001) *On Moving and Being Moved*. Hillsdale, The Analytic Press, NJ.

Lewis Herman ,J. (2007)*Guarire dal trauma*, ed Magi, Roma.

Lewis, P. Loman,S.(1990) *The Kestenberg Movement Profile*, Antioch, New England.

Lewis, P. Loman, S. (1990) *The Kestenberg Movement Profile: its past, present applications and future directions*. N.H. Antioch England Graduate School

Kestenberg Amighi, J., Loman, S., Lewis, P. and Sossin, K.M. (1999), *The meaning of movement. Developmental and clinical perspectives of the KMP*, The Netherlands: Gordon and Breach.

Malacrea Vassalli 1990 Malacrea M., Vassalli A. (1990) Segreti di famiglia, Boringhieri, Torino.

Pallaro, P. (2007). Somatic countertransference: The therapist in relationship. In *Authentic Movement: Moving the body, moving the self, being moved* London: Jessica Kingsley Publishers.

Rizzolatti, G.Sinigaglia, C. (2006) *So quel che fai* ed Cortina, Milano

Robbins, A. (1987) *The Artist as Therapist*. Human Science Press. New York.

\_\_\_\_\_ (1994) *A Multi Modal Approach lo Creative Art Therapy* J Kingsley ed, London

\_\_\_\_\_ (1998) *Therapeutic Presence* J Kingsley ed, London

Schore, A.N. (2003) "La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé" Ed. Astrolabio Roma

Siegel, Daniel J(2001).*La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale* ed. Cortina , Milano.

Staunton, T. (2002). *Body Psychotherapy*. Hove, E. Sussex, Great Britain: Brunner-Routledge.

Stern, DN.(1987) "Il mondo relazionale del bambino". Ed. Boringhieri, Torino

Vassalli. A,(2001) in a cura di Roccia .C. *Riconoscere ed ascoltare il trauma .Maltrattamento e abuso sessuale sui minori: Prevenzioni e terapia* Ed Franco Angeli Roma

Van der Kolk, .A.M.C, Farlane, A.C. Weisaeth (1996) (a cura di) *Traumatic Stress the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, Guilford Press.

Winnicott D. W., (1965) "Sviluppo effettivo e ambiente". Ed. Armando Roma.

Whitehouse, M.S. (2003) "C.G. Jung e la danza terapia" in *Movimento Autentico*

a cura di Pallaro, P. ed Cosmopolis, Torino

Rosa Maria Govoni

[rosamaria.govoni@arttherapyit.org](mailto:rosamaria.govoni@arttherapyit.org)