

ARTE E PSICOLOGIA  
Contributi e riflessioni

A cura di Stefano Ferrari e Cristina Principale



I quaderni di PsicoArt

Vol. 7, 2016

*Arte e psicologia. Contributi e riflessioni*

A cura di Stefano Ferrari e Cristina Principale

ISBN - 9788890522468

Editi da *PsicoArt - Rivista on line di arte e psicologia*

Università di Bologna

Dipartimento delle Arti

Piazzetta Giorgio Morandi, 2

40125 Bologna

Collana AMS Acta AlmaDL

diretta da Stefano Ferrari

ISSN 2421-079X

[www.psicoart.unibo.it](http://www.psicoart.unibo.it)

[psicoart@unibo.it](mailto:psicoart@unibo.it)

## Indice

- 5      *Presentazione*
- 7      Roberto Caterina  
*Amare se stessi non vuol dire essere narcisisti: percorsi antichi e nuovi nelle arti terapie*
- 17     Corinna Conci  
*“Le fattezze dell’appartenenza”.*  
*Ispirato alla performance Loro mi hanno detto (2014)*
- 33     Isabella Falbo  
*L’artista e il suo doppio. I paradossi della Critica Performativa*
- 61     Stefano Ferrari  
*Cibo, arte e amore – nel segno del piacere*
- 73     Giuseppe Galetta  
*Dissociazione creativa: il “trip” dell’artista*
- 103    Vera Giommoni  
*La fruizione artistica: alcuni sviluppi tra psicofisiologia, psicoanalisi e neuroestetica*
- 123    Andrea Gori e Alessandro Siciliano  
*Lo scalo artistico del disagio adolescenziale.*  
*L’esperienza bolognese della STAV*
- 129    Rosita Lappi  
*Forme del pensiero e disegni della mente. Esordi creativi in psicoterapia psicoanalitica*
- 145    Marinella Maggiori, Rosaria Mignone e Mona Lisa Tina  
*Arti terapie presso il Centro Protesi di Vigorso di Budrio*
- 173    Rosalba Maletta  
*Effetti di corpo e teologia della carne in Morte di Danton di Georg Büchner*
- 211    Roberta Sorti e Laura Tieghi  
*Tornare ad abitare il corpo. La danza movimento terapia nell’incontro con i disturbi del comportamento alimentare*

- 235 Chiara Tartarini  
*Didattica museale. Sulle tracce di un dilettevole spaesamento*
- 259 Fosca Ugoletti  
*Le parole (e gli oggetti) degli artisti. Un viaggio attraverso il corpo nelle sale della Collezione Maramotti*
- 277 Susanna Venturi  
*Ritratto e autoritratto fotografico della donna in gravidanza nel XX secolo*
- 299 Maria Chiara Zarabini  
*Leonora Carrington: raddomantiche incursioni nelle testimonianze letterarie sulla sua follia (e non solo)*

ROBERTA SORTI E LAURA TIEGHI

## Tornare ad abitare il corpo.

### La danza movimento terapia nell'incontro con i disturbi del comportamento alimentare

*L'obiettivo di questo articolo è di presentare l'approccio della psicoterapia espressiva integrata alla danza movimento terapia (DMT) nell'ambito del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA). Dopo alcune considerazioni generali rispetto a questo tipo di disturbi, con particolare attenzione alle difficoltà legate all'immagine corporea, agli aspetti non verbali della comunicazione e dell'espressione delle emozioni, ci si focalizza sulla metodologia e sugli obiettivi del processo terapeutico attraverso la DMT. L'applicazione della DMT muove dal concetto di corpo visto non solo come uno strumento organico di vita, ma specialmente come una parte dell'essere che esprime significati emotivi e relazionali e assume un valore simbolico nell'interazione con l'Altro. In particolare, nei disturbi del comportamento alimentare, il corpo viene spesso utilizzato come strumento estremo di comunicazione e come luogo dove poter iscrivere paura e fragilità. Un trattamento rivolto a questi disturbi si deve perciò rivolgere al corpo e al movimento non solo in termini medici, ma specialmente in termini simbolici. All'interno di un percorso terapeutico nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare, è dunque importante considerare il corpo e il movimento non solo come qualcosa di fisico e concreto, in termini medici, ma anche come un veicolo espressivo e comunicativo, che contiene e dà forma a emozioni, immagini e pensieri in parte profondamente inconsci, proprio come avviene nell'ambito della DMT. Gli esempi clinici presentati sono presi da un percorso di cinque mesi di danza movimento terapia svolto presso la Residenza Gruber, struttura riabilitativa residenziale rivolta al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare che prevede psicoterapia individuale e di gruppo, riabilitazione nutrizionale, laboratori riabilitativi espressivi e cognitivi, supporto di dietisti e terapia farmacologica se necessaria.*

**How to return living your body. Dance Movement Therapy in the approach with Eating Disorders.** *The purpose of this work is to present an application of expressive psychotherapy integrated with dance-movement therapy (DMT) in the treatment of Eating Disorder (ED). After a general introduction about Eating Disorders and their specific pattern symptoms, with particular regards to body image, and non-verbal aspects of communication and emotional expression, we will focus on the aims and methodology of the therapeutic process of DMT. The application moves from the concept of the body seen not only as an organic part of living but also as a part of the human being, with emotional and relational meanings, taking a symbolic function in the interpersonal acts. Specially in ED, the body is often used as an extreme tool of communication and as a field where fear and fragility can be expressed. The treatment of ED must consider an intervention focused on body and movement, not only in*

*medical terms, but above all symbolic. So it is important to consider body and movement as communicative channel that keeps and gives shape to feelings, images and thoughts usually unconscious as the DMT approach explains. The clinical examples we present are taken from 5 months' treatment of DMT, in a rehabilitation center for eating Disorder (Residenza Gruber, Bologna), that includes individual and group psychotherapy, together with nutritional rehabilitation and expressive and cognitive rehabilitation labs, with dietician support and pharmacological intervention.*

Danziamo, danziamo, altrimenti siamo perduti...

Pina Bausch

Nella vita di ognuno esistono momenti – quando la porta sbattuta all'improvviso e senza alcun visibile motivo di colpo si riapre, quando lo spioncino chiuso un attimo fa viene di nuovo aperto, quando un brusco “no” che sembrava irrevocabile si muta in “forse” – momenti in cui il mondo intorno a noi si trasfigura, e noi stessi ci riempiamo di speranza come di nuovo sangue.

Nina Berberova

Attraverso le loro forme corporee, le posture e lo stile personale dei loro movimenti, le persone affette da disturbi del comportamento alimentare (DCA) comunicano una mancanza di connessione con il proprio corpo, che appare come “non abitato” e trasmette un senso di assenza, di vuoto interiore da colmare. Le forme corporee delle anoressiche, quasi ridotte alle ossa, chiuse e ristrette, appiattite e svuotate, geometriche o evanescenti, evocano chiusura, impotenza, disinteresse, assenza di desiderio, di presenza, ma anche rigidità e bisogno di controllo, senso di onnipotenza. Quelle delle donne obese, stratificate, espanse, rotonde e abbondanti evocano isolamento e distanza, rifiuto e disprezzo, rappresentano una sorta di barriera, uno strato isolante, che mette distanza, tiene lontano gli altri. Queste forme, come pesanti coltri, attutiscono la percezione, il richiamo, il contatto con i bisogni più profondi, temuti e rifiutati. Soffocano il manifestarsi della propria natura autentica. Con i loro corpi queste persone sembrano trasmettere la mancanza di uno spazio interno a sé, di un oggetto contenitivo a cui riferirsi, un vuoto di prospettive, di relazioni, di progettualità. Lo spazio interno

del sé, viene appiattito e annullato nel corpo ossificato, duro, impenetrabile, senza spessore, delle anoressiche. Oppure viene soffocato, schiacciato, sepolto nei corpi ricolmi, abbondanti, stratificati, delle persone obese. I disturbi alimentari vengono suddivisi in anoressia, bulimia e disturbo da alimentazione incontrollata (DAI o BED) in relazione al tipo di comportamento alimentare e alla corporatura della persona. Come afferma Michele Rugo,<sup>1</sup> nel panorama dei disordini alimentari non è senza importanza il punto di vista sociale e culturale che condiziona, come è noto, la formazione del linguaggio dei sintomi che sono di fatto anche una risposta all'ambiente. L'ideale della perfezione dell'aspetto estetico, della bellezza e della magrezza, così largamente diffuso, insieme ad una cultura dell'apparenza che considera il corpo unicamente da un punto di vista meccanicistico, materialistico ed estetico, gioca un ruolo cardine riguardo all'attuale diffusione epidemica dei disturbi anoressico-bulimici.

Secondo Rugo,<sup>2</sup> evitando eccessivi sottoinsiemi, possiamo dividere il fenomeno alimentare in due grandi insiemi: lo stile anoressico e lo stile bulimico-obeso. Nel primo caso, nella condizione restrittiva, rintracciamo il rifiuto dell'Altro mosso dalla volontà di separazione. Nel secondo invece, individuiamo la ricerca di un legame sicuro, dipendente e vi è l'esigenza che l'Altro sia sempre presente con al centro la volontà di compensazione attraverso una forma di dipendenza dal cibo, dalla droga, dall'alcol, dagli psicofarmaci. L'anoressia invece non è solo rifiuto dell'Altro, ma anche di ogni forma di compensazione, a costo della morte stessa. Entrambe le patologie *anatominizzano* la mancanza e fanno sì che il sentimento di vacuità, di solitudine, di tristezza e di abbandono si compensino attraverso l'exasperazione della sazietà. Massimo Recalcati<sup>3</sup> ha unito i diversi e apparentemente opposti disturbi del comportamento alimentare nel binomio indissolubile della dialettica oscillatoria fra l'Io ideale da raggiungere (anoressia) e il cedimento al godimento perverso della pulsione (bulimia), dove l'elemento comune tra i due poli è la focalizzazione di ogni pensiero verso il soma e l'alimentazione. Le persone affette da questi disturbi considerano spesso il corpo come qualcosa da riempire o svuotare, da controllare, sottomettere, mettere a tacere. Troppo pieno o troppo vuoto, il

corpo, luogo del desiderio e dei bisogni è percepito spesso come ingombrante, fastidioso, pericoloso. Questi disturbi del comportamento alimentare, per quanto apparentemente diversi, producono lo stesso risultato. Creano distanza dal proprio sé, dalla percezione delle sensazioni corporee, delle emozioni e dei bisogni più profondi. Creano distanza dagli altri, dalle relazioni e dai rischi della dipendenza e dell'intimità. Hanno radici comuni, profonde, sotterranee e inconscie, che affondano nelle fasi primitive della vita, legate all'appagamento dei bisogni del bambino. Che cosa può fare un neonato se non ottiene una risposta adeguata ai propri bisogni di nutrimento, contatto, calore e protezione? Può cercare di attirare la madre ma, se fallisce, non gli resta che rassegnarsi, rinunciare e limitare i propri bisogni. Oppure può affannarsi ad afferrare, aggrapparsi e ingurgitare voracemente il nutrimento che gli viene offerto occasionalmente, nel rabbioso tentativo di impossessarsene e nel timore che possa scomparire e non ripresentarsi mai più. Il cibo, il contatto, il contenimento, il sostegno nella ricerca dell'autonomia non sono stati dati nel momento in cui venivano richiesti ma solo quando l'adulto riteneva possibile concederli, senza un sufficiente ascolto e una sintonizzazione rispetto ai tempi, ai modi, ai bisogni e ai desideri del bambino stesso. Chi vive questo genere di esperienze sviluppa una mancanza di fiducia rispetto alla possibilità di ricevere, nel momento in cui lo desidera, ciò di cui ha bisogno. Servendosi della distanza dal proprio sé, mettendo a tacere il corpo con le sue sensazioni, evita di percepire i propri desideri, sfuggendo al rischio di dover dipendere dagli altri per soddisfarli, ha paura del contatto con il proprio corpo, portatore del sentire autentico, luogo del desiderio, ma anche veicolo del contatto con gli altri, artefice dell'intimità e dei legami. Come afferma Göckel,<sup>4</sup> chi ha paura del contatto in senso fisico e psichico ha anche paura di "fare entrare qualcosa", dello scambio, della relazione e ha spesso problemi con la sessualità, con il coinvolgimento, con la capacità di abbandonarsi al partner. La vicinanza, l'intimità potrebbe permettere all'altro di vedere ciò che nemmeno loro vogliono percepire e riconoscere. Queste persone hanno bisogno della distanza per non essere viste nei loro aspetti più fragili e bisognosi, nella loro paura di non ricevere abbastanza, di essere rifiutate e abbandonate. Il disturbo ali-



mentare per queste persone paradossalmente rappresenta il sintomo, l'espressione di un disagio ma al tempo stesso rappresenta un tentativo di terapia. Attraverso la polarizzazione di ogni pensiero verso il soma e l'alimentazione, cercando ossessivamente di plasmare grasso, muscoli, ossa o di riempire compulsivamente con il cibo un vuoto percepito come fisico, il disturbo alimentare costituisce la ricerca di una cura rispetto all'angoscia, al dolore di esistere, ai traumi subiti, a un rapporto familiare che non funziona, alle prime delusioni d'amore.<sup>5</sup> Non è senza importanza il fatto che per coloro che soffrono di DCA proprio il corpo diventi il luogo elettivo attraverso cui il loro problema si manifesta. Come sappiamo, la capacità di sentire, emozionarsi, pensare ha le sue radici nel corpo, proprio a partire dalle percezioni sensoriali, tattili, cinestetiche, viscerali, da quello che viene definito sistema nervoso enterico. Freud stesso, già nel 1925, scriveva che la parola "nasce dalla carne".<sup>6</sup> Come afferma Fausta Ferraro sulla scorta di Agostino Racalbutto,<sup>7</sup> si potrebbe chiamare metaforicamente questo tipo di esperienza come una forma di "conoscenza carnale" che costituisce la base della prima formazione della realtà psichica, esperita in qualità di affetti/sensazioni. Antonio Damasio, attraverso la sua prospettiva neuroscientifica, chiarisce come il processo di formazione e percezione delle emozioni avviene attraverso una serie di comunicazioni tra il cervello e il corpo, a partire dalle percezioni sensoriali.<sup>8</sup> È come se il cervello avesse i propri pseudopodi nel corpo. Il corpo dunque rappresenta qualcosa di più della pura funzione organica, sente, si emoziona, parla, pensa. Può assumere un valore simbolico, psichico, è qualcosa che rappresenta altro. È un oggetto al quale si attribuiscono, spesso inconsapevolmente, significati affettivi e comunicativi. Partendo da queste considerazioni quindi crediamo che all'interno di un percorso terapeutico nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare, sia importante considerare il corpo e il movimento non solo come qualcosa di fisico e concreto, ma anche come un veicolo espressivo e comunicativo, che contiene e dà forma a emozioni, immagini e pensieri in parte profondamente inconsci.

## Processo terapeutico

La danza movimento terapia (DMT) è una tecnica terapeutica che ha come obiettivo quello di facilitare l'integrazione fisica ed emozionale dell'individuo.

Compito del danza terapeuta è quello di stabilire un setting protetto in cui i partecipanti, dopo una iniziale fase di riscaldamento, di sensibilizzazione alla consapevolezza corporea e di apprendimento del vocabolario del movimento, vengano stimolati a esprimersi secondo i propri modi e le proprie forme. È a queste forme che il conduttore si collega, attraverso un ascolto sensibile e attento, sottolineando le valenze estetiche, trasformative e comunicative del materiale stesso. Il flusso delle forme che il movimento crea può essere metafora dei processi intrapsichici, del flusso delle sensazioni, delle emozioni, dei sentimenti e dei pensieri. Potremmo metaforicamente affermare che in questo ambito il processo terapeutico ha come obiettivo quello di "tornare ad abitare il corpo". Consapevolizzando le sensazioni corporee sollecitate dal movimento, collegandole alle emozioni, alle immagini, ai pensieri, è possibile ricostruire i legami e ritrovare le connessioni tra la mente e il corpo, raggiungendo una migliore integrazione psicocorporea e una più ampia ricchezza espressiva. Si tratta di trasformare il corpo da luogo del sintomo a luogo del simbolo. Nell'ambito dei DCA, siamo di fronte a persone che hanno difficoltà ad ascoltare e decodificare i segnali provenienti dal corpo, a percepire i confini corporei, così come a comprendere ed esprimere sensazioni ed emozioni che, come abbiamo detto, proprio nel corpo hanno la loro origine e le loro radici. Sembra esserci nelle persone che soffrono di disturbi del comportamento alimentare una volontà inconscia di sottomettere, mettere a tacere il corpo in quanto luogo della percezione del desiderio e dei bisogni. Troppo pieno o troppo vuoto, il corpo viene percepito spesso come fastidioso, pericoloso, ingombrante. Questo ci fa comprendere come non sia facile per queste pazienti un percorso di ascolto e consapevolizzazione corporea, che mette in discussione, cerca di trasformare quello che è il loro principale assetto difensivo, la negazione del corpo e della sua vita psichica, attraverso cui il "corpo senziente", il *corpo psichico*, viene sottomesso e soffocato.

Come afferma Di Tommaso, chiedere a donne che hanno fatto del corpo un terreno su cui misurare la propria forza, come è nelle anoressie, o il segnaposto ingombrante di un sé sentito in realtà come fragile e impotente, com'è nelle obesità, di muoversi, di portare l'attenzione sulle sensazioni che dal corpo provengono, significa per una danza movimento terapeuta trovarsi nella condizione non facile di "mettere il dito nella piaga".<sup>9</sup> Che si tratti di donne incorporee come nell'anoressia o "decorpate" come nella obesità, non fa differenza, manca in entrambi i casi la dimensione psichica del corpo, l'unione del fisico e del mentale in un essere corporeo vitale, animato, consapevole. Manca quel qualcosa, insomma, che trasforma il corpo-sintomo dei disturbi alimentari in corpo-simbolo, capace di sentire, contenere, dare forma ai vissuti, comunicare e relazionarsi.

### **L'esperienza alla Residenza Gruber**

Il materiale clinico che segue è stato tratto dal percorso di danza movimento terapia durato cinque mesi, svolti presso la Residenza Gruber per il trattamento dei disturbi alimentari dove Roberta Sorti ha condotto due gruppi a cadenza settimanale.

La Residenza Gruber è una struttura riabilitativa, convenzionata con il SNN di tipo residenziale. Accoglie pazienti dai quattordici anni in su e ha una capienza di venti posti letto. Il percorso terapeutico riabilitativo prevede un programma d'intervento basato sull'integrazione multidisciplinare necessaria alla cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare. L'équipe curante di ogni paziente è composta da uno psicoterapeuta, uno psichiatra, un medico nutrizionista, un dietista e un educatore. Il lavoro integrativo e condiviso fra queste figure terapeutiche si esplica in un programma di interventi individuali di psicoterapia, di riabilitazione nutrizionale, di supporto psichiatrico e di colloqui educativi. Inoltre sono previsti momenti gruppali sia di psicoterapia che di laboratori espressivo-educativi. In particolare i laboratori di espressione corporea e di attività motoria muovono dalla necessità di un intervento sul corpo, luogo in cui i disturbi alimentari scrivono il disagio e la domanda di cura. Stimolare ad un recupero della percezione corporea, degli

stimoli enterocettivi e della comunicatività del corpo, risulta essere un cardine nella riabilitazione dei DCA, con l'obiettivo di far parlare di nuovo o per la prima volta il corpo stesso con un linguaggio più consapevole e autentico, liberandolo dal compito di essere portatore di una metafora incompiuta, rappresentata dal sintomo. Sia esso di tipo restrittivo (*anoressia restricted*) che di tipo disinibitorio (bulimie a BED). Il laboratorio di danza movimento terapia si inserisce in questa linea d'intervento focalizzato. I pazienti partecipano all'attività, suddivisi in due gruppi composti da otto/dieci partecipanti: questi gruppi possono essere definiti aperti, in quanto la presenza dei pazienti varia in relazione ai tempi del loro ricovero, ovvero tutti i pazienti partecipano all'attività per tutta la durata del loro ricovero. Questo ha una ripercussione sulla composizione dei gruppi che risulta variabile in relazione alla dimissioni dei pazienti e ai nuovi ricoveri. L'aspetto della variabilità del gruppo ha rappresentato naturalmente un elemento di ulteriore complessità nella gestione e nella comprensione delle dinamiche gruppali.

#### *Osservazioni generali sullo stile di movimento*

Nella danza movimento terapia il corpo e il movimento divengono un veicolo espressivo e comunicativo, contengono e danno forma a sensazioni emozioni, immagini e pensieri. Quelle che seguono sono osservazioni sullo stile di movimento che caratterizza le persone che soffrono di disturbi del comportamento alimentare.

Ovviamente si tratta di una generalizzazione attraverso la quale si è cercato di cogliere le caratteristiche comuni e più frequentemente rappresentate, senza nulla togliere all'importanza delle specifiche individualità e alle possibili variabilità. Il sistema di notazione ed analisi del movimento Laban-Kestenberg<sup>10</sup> viene utilizzato in questa disciplina come mezzo diagnostico e come modalità di intervento per osservare, comprendere, elaborare i vissuti emotivi e psichici iscritti nel corpo e nel movimento del soggetto. Questo sistema collega i diversi aspetti di movimento alle fasi evolutive della crescita psicomotoria e ai temi specifici relativi alle diverse fasi, analizzando le forme, le qualità e i ritmi del movimento in relazione alla pulsione motivazionale interna e al loro significato espressivo,

psicologico e relazionale. Come affermato inizialmente, con i loro corpi, con le loro posture, i loro movimenti, il loro modo di respirare, le persone affette da DCA sembrano trasmettere la mancanza di percezione e di connessione con uno spazio interno, lo spazio del sé. Spesso queste si muovono tra *opposti*, esprimendo polarità nel movimento e nella psiche, a partire dal binomio *morte/vita*, tema costantemente presente. Forme, posture, corpi che apparivano senza vita (corpi scheletrici rannicchiati in posizione fetale o al contrario abbondanti, pesanti, soffocanti, statici) inaspettatamente e improvvisamente si trasformavano nel loro opposto, attraverso il movimento e la danza, in una esplosione di vitalità. Queste transizioni nette e improvvise si sono manifestate anche rispetto ad altri temi espressi nel movimento, come ad esempio l'apertura e la chiusura rispetto all'esperienze proposte nel laboratorio o alla relazione con gli altri componenti del gruppo. Anche il tipo di transfert nei confronti della terapeuta poteva variare di segno, dal positivo al negativo, da un incontro all'altro, se non all'interno della stessa seduta. L'adesione, la partecipazione e il coinvolgimento nelle attività proposte potevano improvvisamente e imprevedibilmente essere interrotti da uno stato acuto di disagio, di chiusura e a volte dalla fuga. Naturalmente questi improvvisi cambiamenti umorali si rispecchiavano anche nelle forme e nella qualità di movimento, che tendevano a presentarsi nei loro estremi opposti, generalmente attraverso cambiamenti subitanei e senza alcuna gradualità. Questo modo di muoversi tra opposti, naturalmente, ha un significativo impatto nella formazione del tipo di controtransfert, vissuto dalla danza terapeuta in qualità di conduttrice del gruppo, che oscillava in modo vertiginoso tra il senso di impotenza, frustrazione, preoccupazione, inadeguatezza e all'opposto speranza, fiducia, ottimismo, potenza.

### *Esempi clinici*

#### *Chamina*

C. è una donna di colore di trent'anni anni, gravemente sovrappeso. Vive in Italia da circa dieci anni, in fuga da una situazione familiare difficile e da un paese in guerra. Ha vissuto situazioni traumatiche

all'interno della sua famiglia e a causa della guerra ha assistito all'uccisione della sorella, della quale si sente responsabile. Soffre di una grave depressione.

*1° seduta: "Ritmi africani"*

È arrivata da pochi giorni alla Residenza ed è la sua prima seduta di danza terapia. È un po' in ansia e preoccupata rispetto al percorso di cura che sta iniziando ad affrontare. Si sente travolta da un turbine di emozioni che la spaventano. Si chiede: "Farà poi bene tirare fuori tutte queste emozioni?". La rassicuro dicendole che è importante rispettare le proprie difese, sentire quale è il proprio limite per riconoscerlo, che non ci saranno pressioni o sollecitazioni. Inserisco un cd che è una raccolta di musiche etniche, vedo che improvvisamente si illumina sorride e dice: "Questa è una musica del mio Paese". Si alza e comincia a danzare nel tipico stile africano: contatto con la terra, bacino basso, ginocchia leggermente piegate, movimenti ritmici, sinuosi che coinvolgono il centro del corpo.

È una danza vitale, gioiosa che mi sorprende, del tutto inaspettata. Penso, guardandola, che la sua terra non è stata solo violenza, botte, guerra, trauma. Nella sua terra lei ha potuto avere anche esperienze vitali e gioiose, come la musica e la danza. Il suo corpo non ha solo subito traumi e violenze. Il suo corpo ha anche danzato. Questi aspetti della sua cultura, queste esperienze, queste musiche, queste danze, credo possano sostenere la sua parte vitale, la sua capacità di resilienza. È qualcosa a cui lei può attingere nel suo processo di cura.

*5° seduta: "Danza della malinconia"*

All'inizio C. non si è presentata. Le ragazze del gruppo mi dicono che al mattino è stata male, ha avuto una delle sue "crisi", nelle quali perde il controllo e dice di rivedere episodi guerra. Dopo un po', inaspettatamente, è arrivata e ringraziandola di essere venuta, le dico che capisco che deve essere stato difficile per lei ma che venire è segno della fiducia che si sta creando con il gruppo. Si commuove. Nell'esercizio del massaggio sulla schiena con l'utilizzo di palline, lavoriamo in coppia io e lei. Io massaggio lei e lei massaggia me.

Successivamente propongo un'esperienza di improvvisazione attraverso il movimento, chiedo loro di seguire una propria immagine, un'emozione o un movimento, di creare poi una piccola coreografia e di trovare un titolo. Lei intitola la sua danza *Malinconia*. È un movimento raccolto, rotondo, lento, con le braccia cinge se stessa come a consolarsi, dondola a destra e a sinistra con lo sguardo rivolto al basso o all'interno. Alla fine ci racconta che quella che ha rappresentato è la *Danza delle vedove* del suo paese e rappresenta la loro tristezza di fronte alla vita di solitudine che dovranno affrontare. Scrive nel commento finale:

Il titolo della mia danza è "Malinconia". Malinconia perché questa danza nella mia tribù viene danzata dalla vedova che piange il proprio compagno di vita e per l'eventualità di una vita solitaria. Oggi mi sento in una bolla dove sono molto sola anche se in compagnia, ecco perché ho scelto questi passi. Poi mi sento molto malinconica perché questa seduta mi ha ricordato un momento della mia infanzia, bello e altrettanto triste che mi ha fatto piangere.

Nella verbalizzazione di gruppo finale si commuove, piange e faticosamente, interrompendosi spesso, ci racconta il ricordo che è emerso. Io mi avvicino a lei, le sto a fianco e le pongo delicatamente una mano su una spalla. Dall'altro lato, la compagna che le è vicina, fa lo stesso gesto. La conteniamo mentre parla. Ci racconta che il massaggio con la pallina che ha fatto con me, le ha ricordato di quando entrava nel letto di sua madre dolorante dopo che il padre l'aveva picchiata e lei la massaggiava per consolarla. Era per lei un momento bello e di grande vicinanza ma allo stesso tempo un momento molto triste. Come sappiamo il corpo porta dentro di sé la memoria delle esperienze passate. A differenza della memoria classica che si attiva per ricordi cognitivi, quella corporea lo fa attraverso ricordi fisici, sensoriali, kinestetici e tattili. Nel setting della danza terapia le esperienze di movimento vissute possono sollecitare attraverso particolari posture, forme, qualità motorie, sensazioni emozioni e ricordi del passato che vengono in questo modo rivissute, consapevolizzate e possibilmente condivise e trasformate.

*6° seduta: "Danza della condivisione"*

Nella improvvisazione di danza, C. si avvicina a Francesca e l'abbraccia da dietro. Danzano insieme. La danza ricorda quella della volta precedente, *Malinconia*, un movimento lento, dolce; però questa volta non è autoconsolatorio, C. non abbraccia solo se stessa, abbraccia un'altra persona, c'è l'altro, non è sola. Chiama la danza *Condivisione*, dice che è stupita di come con una persona che non conosceva più di tanto, con la quale non aveva un particolare rapporto, si sia potuta creare immediatamente una sintonia così profonda. Scrive nel commento finale: "Arrivata all'attività un po' ansiosa, adesso mi sento rilassata anche se un po' delusa di non avere ballato abbastanza. Comunque sono contenta". Mi colpisce che proprio nel momento in cui sperimenta con la danza un sentimento di condivisione, senta allo stesso tempo che quella danza non è stata abbastanza. Forse perché commuovendosi è entrata in contatto con la profondità, la voragine del suo vuoto interno, del suo bisogno, così difficile da colmare. Nulla sembra essere mai abbastanza per riempire quel vuoto.

*Cornelia*

C. ha ventidue anni, soffre di anoressia cronica dall'età di dieci anni, è gravemente sottopeso. Il sembiante anoressico fa da maschera ad una struttura psicotica grave con la caratteristica frammentazione del sé e della percezione corporea.

*1° seduta: "Camminare insieme"*

All'inizio della seduta è in coppia con me, si fa massaggiare a lungo stando sdraiata a terra. Nel momento dello scambio di ruolo però mi dice: "Io però a te non voglio massaggiarti". Esce per andare a prendere la terapia e quando torna, mentre le altre si stanno rilassando a terra, comincia a camminare avanti e indietro in modo ossessivo per la stanza, disturbando il gruppo che stava lavorando sulla respirazione e sul rilassamento. Mi avvicino a lei e subito aggiunge: "Non camminare con me perché lo so che vuoi che io rallenti". Al contrario di quanto lei si aspettava, io la sorprendo sfidandola. Aumento la velocità della camminata, tanto che dopo poco entrambe in modo naturale e organico sentiamo la necessità di re-



cuperare, rallentando. Cammino al suo fianco, una mano leggera sulla sua vita per ascoltare ed entrare in sintonia con il suo ritmo. Rispecchio il suo passo, mi sintonizzo con i movimenti del suo corpo, la sua velocità e il suo ritmo. Sperimentiamo un piacevole, emozionante momento di condivisione in cui i nostri corpi si muovono all'unisono. La sua camminata iniziale, ossessiva e solitaria, diventa un essere in relazione, diventa un camminare insieme, essere insieme in modo sintonico. Da questa interazione con C. mi viene l'idea di prendere spunto dal "passo a due" per proporlo al resto del gruppo. Suggesto di mettersi a coppie e, a turno, ascoltare e sintonizzarsi sulla camminata dell'altro. In questo modo il movimento oppositivo, disturbante quello iniziale di C., e il camminare avanti e indietro in modo compulsivo, si trasforma in una proposta originale, un'esperienza nuova per tutto il gruppo.

*6° seduta: "Dondolarsi, affidarsi, separarsi, danzare in piedi"*

Ci troviamo da sole poiché per una serie di coincidenze, impegni e motivi organizzativi le altre persone del gruppo si sono spostate al primo gruppo. La prima domanda appena entra è: "Facciamo un'ora e trenta (il tempo della seduta) di massaggi?" Quando le chiedo come sta, dice che non vuole parlare perché "qui si sente nuda". Dopo i massaggi, propongo l'esercizio dell'appoggio schiena contro schiena. Sedute a terra sul materassino, alternativamente, ci si sostiene e ci si fa sostenere. Si tratta di un'esperienza sull'ascolto e la sintonizzazione. Simbolicamente si lavora sul tema della possibilità di fidarsi e affidarsi, del sostenere e farsi sostenere. Lei si appoggia e si lascia andare, si fa sostenere e si fida. Ci dondoliamo a tempo di musica. A livello controtransferale emerge dentro di me l'immagine di una madre che contiene tra le braccia, cullandola, una bambina piccolissima. Provo una grande tenerezza nel vedere e nell'entrare in contatto con questa parte così vulnerabile di C., abitualmente celata e tenuta nascosta. Generalmente, in queste situazioni, attendo che la chiave per decidere il momento opportuno della separazione venga dal paziente, ma C. non sembra sentirne mai il bisogno. Allora, trascorso un certo lasso di tempo, suggerisco verbalmente che piano piano si debba trovare il modo per salutarsi e gradualmente separarsi. Lei ancora non si muove, come se il suo

bisogno di contatto e nutrimento primario fosse davvero immenso e incolmabile. Sono io che ad un certo punto gradualmente mi distacco, mi giro rimanendo seduta al suo fianco pur mantenendo il contatto con una spalla. All'improvviso C. si alza di scatto: ciò che mi colpisce è la mancanza di gradualità nel separarci. Di colpo la vedo grande, adolescente. Da neonata ad adolescente, due opposti senza soluzione di continuità. Appena in piedi mi dice: "Balliamo... mi fai le foto?". Danza nello spazio, utilizza dei passi e dei movimenti della danza contemporanea. La osservo e in maniera molto evidente mi appare la mancanza di una buona connessione tra centro e periferia. Utilizza un peso tendenzialmente leggero e un flusso della tensione muscolare tendenzialmente libero.

A livello controtransferale emerge l'immagine di una marionetta disarticolata nella quale i fili di connessione tra le diverse parti si stanno sfilacciando e le gambe e le braccia potrebbero staccarsi da un momento all'altro, come se rischiasse di poter andare in pezzi. Mi dà il suo cellulare e mi chiede di farle le foto. Le do degli stop per poterla fotografare. Con questa indicazione intendo anche farle sperimentare, nel momento dello stop, una qualità del flusso della tensione muscolare più tenuta, che promuove una più chiara percezione dei confini, tipica del ritmo uretrale lottante dello *stop and go*. Di volta in volta vuole vedere le foto che ho fatto e appare molto soddisfatta. La chiamo *Danza della leggerezza*. Le propongo poi di sperimentare la qualità opposta del peso, la forza, con l'obiettivo di sperimentare connessioni, confini corporei e radicamento. Vorrebbe a questo punto andare via, prima che il tempo della seduta sia terminato. Io le faccio notare come sembra esserci una parte di lei che vorrebbe restare per molto tempo, tanto che all'inizio mi aveva chiesto di fare almeno un'ora e mezza di massaggi, e una parte, emersa successivamente, che vorrebbe invece andarsene e scappare via prima del tempo.

A livello controtransferale mi sono sentita inizialmente "divorata" e in seguito invece "vomitata", buttata fuori, allontanata, respinta. Nella riflessione finale C. scrive che si è rilassata e divertita, ma le sono mancate le compagne del gruppo. Da sola con me si sente un po' in imbarazzo. Attraverso queste parole esprime probabilmente

anche il tema della paura dell'intimità, del contatto, dell'essere "vista" troppo da vicino e la necessità di ristabilire una certa distanza.

*Bianca*

Bianca ha ventiquattro anni, soffre di anoressia ed è leggermente sottopeso. Presenta sintomi ansiosi e chiari tratti dipendenti, caratterizzati dal timore verso l'altro e verso l'esplorazione del mondo esterno e interno, presentandosi infatti come una persona silenziosa che tende ad occupare poco spazio, abbastanza chiusa. Questo traspare anche dalla forma del suo corpo, tendenzialmente statico, racchiuso su se stesso. Ha praticato per anni la pallavolo ma non ha mai danzato.

*1° seduta: "Paura della danza"*

Si presenta dicendo che la danza le ha sempre fatto molta paura. Preferisce la prima parte della seduta, quella dei massaggi e degli esercizi guidati a terra, basata sull'ascolto, sul rilassamento e meno "espressiva". La seconda parte, basata invece sul movimento espressivo e sulla creatività personale, probabilmente la spaventa di più perché comporta un maggiore coinvolgimento ed esposizione. Però alla fine della sua prima seduta scrive: "Non ho mai avuto fiducia in questo genere di esperienze ma mi sono dovuta ricredere oggi: la danza terapia mi scioglie a poco a poco e mi fa sentire più libera da tutto quello che in questi ultimi tempi mi sta opprimendo".

*2° seduta: "Caos o stelle filanti"*

Dopo la danza, nella parte della riflessione finale realizza un disegno, linee che si intrecciano, curve e spirali di colori diversi. Mentre lo presenta commenta dicendo che è un po' un "caos". Il gruppo risponde dicendo che sembrano stelle filanti, io aggiungo che il caos può a volte essere una premessa necessaria alla creatività. Il gruppo associa l'idea di "caos creativo" ad un modo possibile di uscire dalle "strutture rigide" di comportamento e di pensiero che le caratterizza, in riferimento a uno dei temi discussi nei gruppi verbali di terapia che si svolgono nella struttura.

4° seduta: "Danza apollinea ma per lei è caos"

Nella parte di improvvisazione crea una coreografia personale; quello che mi colpisce è la geometria, l'estremo ordine, lo stile apollineo. La intitola *Caos*, collegando la sua danza al tema del disegno realizzato precedentemente. Commenta scrivendo:

Caos è ciò che regna ora nel mio mondo, è una sovrapposizione di pensieri, suoni e immagini, è la confusione di una persona che sa di avere il mondo in mano e ancora non ha ben chiaro cosa farne; è un mare di colori che descrivono un mare di paura, ma anche tanta voglia di fare. È il mio grido di aiuto e di speranza.

6° seduta: "Chiusura soffocamento e paura"

In gruppo abbiamo lavorato sulla kinesfera (ovvero lo spazio o sfera personale del movimento più piccolo, prossima al corpo). Le partecipanti verbalizzano immagini ed emozioni sollecitate dall'esperienza di movimento che per quasi tutto il gruppo sono collegate ad una sensazione di "chiusura". Ciascuna crea una breve frase di movimento in questo spazio prossimo al corpo.

B. è immobile contro il muro, testa e braccia ricurve come a proteggersi, a ginocchia ripiegate intitola la sua frase *Chiusura soffocamento paura*. Quello che mi colpisce è il suo essere immobile, come congelata. Le domando se non c'è qualche possibilità di movimento in questo spazio? "No", risponde, "non c'è movimento". Sembra voler dire che non c'è alcuna possibilità di cambiamento, uscita, trasformazione. B. appare molto turbata. A livello controtransferale percepisco un senso di oppressione, tensione, soffocamento. Mi colpisce che né B. né altre persone nel gruppo abbiano potuto cogliere nello sperimentare la piccola kinesfera del movimento, l'aspetto positivo, il significato espressivo dell'intimità, dell'essere raccolti, vicini a se stessi o all'altro. Mi stupisce che non emergano nei loro movimenti anche quei gesti di cura e tenerezza che sono associati all'uso di questo spazio, come il cullare, l'accarezzare, il massaggiarsi. Mi domando se ciò accada proprio perché queste persone non hanno avuto nella loro vita un'esperienza "sufficientemente buona" di quelle cure primarie, necessarie a sperimentare l'intimità e la vicinanza come qualcosa di nutriente.

Provo a far loro sperimentare questa possibilità attraverso un'esperienza di movimento proponendo di muoversi, danzare in uno spazio intimo con un cuscino tra le braccia e che simbolicamente rappresenta l'altro nella relazione. B. prende il cuscino, ma continua ad essere turbata, non si sente di continuare, si siede per osservare il gruppo e poi decide di fermarsi e di uscire dall'attività. La mia ipotesi è che in quella coreografia sia emersa una memoria corporea traumatica che l'ha spaventata. Mi si presenta alla mente subitaneamente l'immagine di un abuso.

A livello controtransferale somatico percepisco un tuffo al plesso solare, paura e paralisi. Parlando di questo episodio in seguito con la sua psichiatra vengo a sapere che B. durante l'infanzia è stata picchiata dalla madre che era fortemente depressa. Ripenso alla forma del suo corpo, immobile contro il muro, testa e braccia ricurve e immagino che si blocchi ma tentando di proteggersi con le braccia a scudo.

#### *Liliana*

L. ha trent'anni, soffre di anoressia. Proviene da un contesto familiare e sociale disagiato, dove le necessità di sussistenza pratiche hanno sicuramente prevalso sulla possibilità di offrire stimoli affettivi e culturali. Questo *background* ha favorito la presenza di tratti antisociali marcati, che si esprimono in comportamenti spesso provocatori, oppositivi e aggressivi. È una delle persone che più ha beneficiato del percorso: dopo una breve perplessità iniziale dovuta alla difficoltà di toccarsi con l'utilizzo delle palline attraverso l'automassaggio, ha partecipato poi con sempre più entusiasmo, curiosità e stupore. È stato come assistere lungo il percorso un bambino che scopre se stesso e la vita nelle sue diverse sfaccettature, nella sua complessità e meraviglia. È stata così entusiasta che si è fatta promotrice, verso la fine, dell'idea di fare uno "spettacolo" col quale mostrare a tutti gli operatori della Residenza il lavoro svolto nel laboratorio di danza movimento terapia.

1° seduta: *“Non mi piace toccarmi”*

Si rifiuta di fare il massaggio a se stessa o alle altre e scrive: “Non mi piace toccarmi o vedere che le altre si toccano con le palline. Io mi sento il grasso e lo sporco”.

2° seduta: *“Chi siamo veramente?”*

In questa occasione L., per sentire come si respira profondamente, accetta di toccare la mia pancia. Mi sembra un coraggioso atto di fiducia, vista la sua difficoltà al contatto. Alla fine scrive: “Mi sono divertita e rilassata, mi piace il massaggio con le palline e i balletti, perché mi sento bene, è divertente. Forse perché non li ho mai fatti... Mi piace questo programma di danza teatro, io che sono rigida, mi aiuta e mi diverte”. Poi dopo tre grandi punti interrogativi scrive: “??? Ma noi chi siamo veramente?”, come se per la prima volta si interrogasse sulla possibilità di scoprire una parte sconosciuta di sé, come se emergessero emozioni, energie inaspettate.

4° seduta: *“Le schiene parlano, si contattano”*

Nell'esercizio di contatto e dialogo schiena contro schiena, L., divertita, commenta: “Le schiene parlano, si contattano, si salutano”, entrando per la prima volta nel registro espressivo e simbolico del movimento. I movimenti, gli esercizi non sono più solo un fatto muscolare e ginnico, ma diventano portatori di emozioni, comunicano, entrano in relazione con l'altro. Insieme ad alcune compagne, crea la coreografia che intitola *L'onda agitata*. Commenta alla fine dicendo che la parte creativa della seduta è quella che le piace di più perché ognuno si esprime come vuole e si differenzia nella sua unicità.

5° seduta: *“Ricerca di equilibrio”*

L. intitola la sua coreografia personale, dove sperimenta spostamenti di peso da un piede all'altro, *Equilibrio* e scrive nel commento finale:

L'equilibrio è quello che molte volte mi manca sia nel fisico che mentalmente nella vita. E questa è una cosa che ho imparato fin da

piccola, ma sono sempre caduta perché non c'era nessuno a sostenermi. Ora finalmente, anche se è molto dura, sto cercando di farcela e questo grazie a ogni cosa che mi viene data qui. Io mi rilasso molto con la danza, è una sensazione del corpo, lo senti tutto. Ed è la prima volta che mi sento leggera e ne capisco ogni punto.

6° seduta: "Soffocamento e tunnel"

La seduta successiva dà forma a vissuti più problematici e dolorosi attraverso una coreografia di gruppo che intitola: "Soffocamento, perché è un periodo pieno che mi riempie d'ansia, e l'ansia mi soffoca". Poi crea una frase di movimento finale che intitola *Tunnel* e lo descrive come un'"entrata senza uscita perché mi sento incastrata in un lato della vita difficile".

11° seduta: "Agitazione e urlo"

Per la prima volta propongo al gruppo di provare a muoversi liberamente senza l'uso della musica, perché è vincolante e può distrarci da ciò che in quel momento noi sentiamo. Suggesto di ascoltare la musica interna, la musica del corpo, delle sensazioni e delle emozioni. L. la intitola *Agitazione e urlo*:

Agitazione perché fa parte del mio carattere e urlo perché ho una gran voglia di urlare per dire che ce la faccio! Questa è stata una delle mie lezioni preferite perché imparo anche solo a sentire i rumori del movimento. Spero tanto di poter fare lo spettacolo perché sarebbe importante far capire agli altri di cosa siamo capaci e cosa abbiamo imparato. Per me è importante.

*Liberazione e speranza*

Mi piace concludere questa rassegna di esempi clinici con una poesia scritta da una delle partecipanti, C., dopo avere creato due coreografie dal titolo rispettivamente *Liberazione* e *Speranza*:

Faccio esperienza di una nuova emozione  
"Liberazione" e "Speranza" in accordo e in unione.  
Libera grazie al percorso in questo luogo  
che mi sta liberando dal mio indomabile gioco....  
Speranzosa per quanto riguarda il futuro  
che vedo limpido e non tetro e oscuro!

Con danza teatro al lunedì  
metto in mostra le emozioni che provo qui.  
Muovo il mio corpo col suo nuovo aspetto,  
mi scopro aggraziata e ho per me rispetto.  
In questa nascita della primavera  
nasce la speranza per una vita vera...  
Luminosa come il cielo d'estate,  
feconda e rigogliosa per le conquiste riportate!

## Conclusioni

Come scrive Recalcati,<sup>11</sup> i pazienti affetti da gravi disturbi del comportamento alimentare hanno vissuto un impatto traumatico con l'Altro, che ha rifiutato il riconoscimento del proprio desiderio. Hanno fatto esperienza di un Altro che non ha saputo accogliere la vita. Hanno bisogno della distanza per evitare di "toccare" ed "essere toccati", poiché questo significherebbe "commuovere" e "commuoversi". La commozione è portatrice di emozione e dunque implica il rischio di perdita di controllo e la vulnerabilità.

L'espressione "commuoversi", dalla radice latina *commovēre*, composto di *cūm* e *movēre*, "muovere con", evoca il senso di *muoversi con qualcosa* e in effetti l'etimologia ci parla di uno stato di cambiamento dovuta all'emergere di un sentimento, un evento emotivo che per qualche ragione ci "muove". Siamo nel luogo del movimento dell'anima. Quando qualcuno o qualcosa ci tocca, ci commuove, qualcosa si mette in movimento. Nell'ambito della pratica della danza movimento terapia sappiamo che quando ci si mette in "movimento", qualcosa ci può commuovere, può toccare l'anima. Il processo di cura non può avere luogo fino a che non si trova il modo di sperimentare, esprimere e portare alla coscienza la gamma di sentimenti che questo stesso processo porta con sé, siano paura, rabbia, perdita, dolore ma anche tenerezza, sollievo, speranza, affetto. Poiché - come afferma Recalcati<sup>12</sup> - nell'ambito dei gravi DCA i pazienti mostrano i limiti più che la potenza della parola in quanto essi stessi sembrano avere scelto di parlare con il corpo, crediamo che un percorso terapeutico che si avvale del corpo come veicolo espressivo, comunicativo e relazionale possa essere



d'aiuto per iniziare a costituire di una base di realtà corporea e psichica e per iniziare a costruire un ponte tra il corpo e la parola. Come il materiale clinico ha evidenziato, rendendo il corpo un linguaggio capace di esprimersi simbolicamente attraverso le forme estetiche del movimento e della danza, lo si scioglie dal vincolo di dare voce solo al sintomo.

Tornare ad abitare il corpo, rientrare in contatto con sensazioni, bisogni e desideri può essere una strada possibile. Nel corpo sono impresse le ferite, ma il corpo sa di cosa abbiamo bisogno, può indicare anche la strada per una possibile cura.

Come sostiene Di Tommaso,<sup>13</sup> quando il corpo in movimento si apre alla poesia, quando riesce a farsi custode e portavoce dell'ombra, quando riesce a evocare uno spazio impossibile a dirsi, se non in un dire poetico, ecco che possiamo parlare di un processo di cura ben riuscito. E la cura in questo ambito può consistere nella possibilità di riconsegnare il corpo alla poesia del suo gesto.

**ROBERTA SORTI** - Psicologa, psicoterapeuta. Laureata in Discipline delle Arti della Musica e dello Spettacolo (DAMS) a Bologna, lavora come danza movimento terapeuta ATI APID. Ha il diploma di Art psychoterapist presso il Goldsmiths' College, London University e il Training in Drama terapia presso l'Herdfordshire College di Londra. Docente e supervisore ATI APID, membro del Collegio dei Probiviri dell'APID, è consulente presso Istituzioni pubbliche e private nell'ambito della Salute Mentale e della Disabilità e presso la Residenza Gruber, struttura riabilitativa per i disturbi del comportamento alimentare. È altresì docente o di corsi di aggiornamento per operatori nell'ambito socio-sanitario. Esercita la sua pratica professionale anche privatamente. È autrice di diverse pubblicazioni che riguardano l'applicazione della danza movimento terapia in ambito educativo, sociale, riabilitativo e clinico.

**LAURA TIEGHI** - Psicologa, psicoterapeuta, lavora come coordinatrice clinica presso la Residenza Gruber, struttura riabilitativa per i disturbi alimentari. Ha un master in Mindfulness base di therapy ed è consigliere regionale SISDA. Si occupa di integrazione delle terapie e di DCA dal 2005 attraverso lavoro clinico, prevenzione e formazione.

---

NOTE

- <sup>1</sup> M. Rugo, E. Minazzi, *Uno per tutti, uno per uno. La cura residenziale dei disturbi del comportamento alimentare*, FrancoAngeli, Milano 2015, p. 14.
- <sup>2</sup> Ivi, p. 16.
- <sup>3</sup> Ivi, p. 13, dove si fa esplicito riferimento alla teoria di Recalcati esposta in *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze e psicosi*, FrancoAngeli, Milano 2003.
- <sup>4</sup> R. Göckel, *Donne che mangiano troppo*, Feltrinelli, Milano 1994.
- <sup>5</sup> M. Rugo, E. Minazzi, *Uno per tutti, uno per uno*, cit.
- <sup>6</sup> S. Freud, *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925), in *Opere*, Vol. 10, Boringhieri, Torino 1978.
- <sup>7</sup> F. Ferraro, *Alla ricerca di più o meno nascoste sintonie: dialogo a più voci con il pensiero di Agostino Rocalbutto*, in A. Racalbutto, *Tra il fare e il dire*, Raffaello Cortina, Milano 1994, p. 209.
- <sup>8</sup> A. Damasio, *L'errore di Cartesio*, trad. it. Adelphi, Milano 1994.
- <sup>9</sup> V. Di Tommaso, *Disturbi alimentari e danza movimento terapia*, in A. Di Quirico (a cura di), *Lasciar parlare il corpo. Linguaggi e percorsi clinici nella danza movimento terapia*, Ed. Scientifiche Magi, Roma 2012, p. 124.
- <sup>10</sup> Per un approfondimento del sistema Laban Kestenberg: R. M. Govoni, *Lasciar parlare il corpo*, in A. Di Quirico, *Lasciar parlare il corpo, linguaggi e percorsi clinici*, cit.
- <sup>11</sup> M. Recalcati, *Introduzione*, in a M. Rugo, E. Minazzi, *Uno per tutti, uno per uno*, cit., p. 10.
- <sup>12</sup> *Ibid.*
- <sup>13</sup> V. Di Tommaso, *Disturbi alimentari e danza movimento terapia*, cit., p. 135.

BIBLIOGRAFIA

- J. Adler, *Il corpo cosciente*, trad. it. Astrolabio, Roma 2006.
- A. Alvarez, *Il compagno vivo*, trad. it. Astrolabio, Roma 1993.
- S. Arieti, *Creatività: la sintesi magica*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1979.
- M. Battarra, *Vissuti e forme del vuoto*, in C. Macagno, I. Bolech, *Trent'anni di arte e danza movimento terapia. Reportage di un viaggio per liberi pensatori*, Ananke, Torino 2012.
- M. Belfiore, R. Sorti, *Arte e danza terapia: nuovi strumenti per nuovi bisogni, dal modello anglosassone alla formazione di nuove professionalità all'interno dei servizi di salute mentale*, in K. Graziosi, E. Rebecchi, V. Spinedi (a cura di), *Psichiatria senza manicomi*, Clueb, Bologna 1991.
- L. Bentivoglio, *La Danza Contemporanea*, Longanesi, Milano 1985.
- V. Gallese, *La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività*, "Psicoterapia e scienze umane", XL, n. 3, 2006.

- 
- S. Jennings, *Creative therapies*, Pitman, London 1975.
- J. Kestenberg, *Children and parents*, Jason Aronson, New York 1975.
- R. Laban, *L'arte del movimento*, trad. it. Ephemera Editrice, Macerata 1999.
- S. Langer, *Sentimento e forma*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1965.
- M. Milner, *Le Mani del Dio Vivente*, trad. it. Armando, Roma 1974.
- L. Parteli, *Forme estetiche e contenuti psichici, essere nel mondo di nuovo: dalla disintegrazione psicotica e tratti di isolamento autistico all'integrazione e relazionalità attraverso la danza movimento terapia*, (1994, inedito).
- L. Parteli, *Forme estetiche e contenuti psichici*, in *Almanacco di un decennio*, Art Therapy Italiana, Bologna, Bologna 1992.
- A. Robbins, *Intervista a Anthony Robbins*, in *Tra il corpo e l'io. L'arte e la danza-movimento terapia ad orientamento psicodinamico*, Pitagora, Bologna 1998.
- A. Robbins, *Expressive therapies, a creative approach to depth oriented treatment*, Human Science Press, New York 1980.
- C. Sachs, *Storia della danza*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 1996.
- C. Schmais, *Group development and group formation in dance therapy*, "Arts Psychotherapy", Vol. 8, 1981.
- R. Sorti, *Danzaterapia: un contributo*, in *Le arti terapie in Italia*, Tecnostampa Trullo, Roma 1994.
- D. N. Stern, *Il mondo Interpersonale del bambino*, trad. it. Boringhieri, Torino 1998.
- T. Stromsted, *Re-inhabiting the female body. Authentic Movement as a gateway to transformation*, "The Arts in Psychotherapy", n. 28, 2001.