

Valutazione dell'esperienza di gruppo nella terapia combinata del Binge Eating Disorder

ISABELLA NAPOLETANO* M.CRISTINA BARNABEI** M.TERESA DI BONIFACIO ***
BEATRICE DRAGANI**** PAOLO DE CRISTOFARO*****

La Terapia Combinata è una forma di psicoterapia in cui il paziente viene seguito dallo stesso terapeuta, sia individualmente che nel Gruppo di Riabilitazione Psiconutrizionale.

È una particolare modalità di trattamento «una strategia in divenire nella quale l'esperienza di gruppo interagisce in modo significativo con le sedute individuali, in cui il feedback reciproco aiuta a costruire un'esperienza terapeutica integrata.» (Giubbolini F., 2007).

La patologia trattata nel presente lavoro con il metodo combinato è il *Binge Eating Disorder*. Esso viene proposto come nuova categoria diagnostica da Stunkard nel 1959 e incluso nell'appendice B del DSM-IV solo nel 1994 e attualmente i suoi criteri diagnostici sono da definire con ulteriori studi. È fuori dubbio che il voler classificare tale patologia, nasce soprattutto dalla «necessità di individuare un percorso terapeutico adeguato al trattamento di un disturbo tanto complesso, che attualmente viene identificato in un approccio integrato medico-nutrizionale e psicoterapeutico.» (Vinai P., Todisco P., 2007).

Obiettivo

Partendo da tali considerazioni, l'obiettivo del presente lavoro è valutare come l'inserimento nel Gruppo Psiconutrizionale possa facilitare la consapevolezza delle caratteristiche individuali e relazionali, dal momento che il gruppo ha una «funzione stimolante e metabolizzante e crea un ponte tra i contenuti e i funzionamenti della mente sociale, che li riattualizza per esperirli e rielaborarli nel qui e ora del gruppo, in modo condiviso e trasformante» (Corrao F. 1981).

Il gruppo inoltre permette, evidenziati gli schemi cognitivi e relazionali disfunzionali, di attivare le strategie terapeutiche volte ad utilizzare nuovi comportamenti, a correggere processi di pensiero distorti e le modalità relazionali disfunzionali apprese.

A tal fine il gruppo dà la possibilità di conoscersi e sperimentarsi in quanto stimola l'individuo ad esprimere tutto ciò che lo disturba in modo più autentico e con meno difese e favorisce gli insights (Ruitenbeek H. 1972). I contenuti emersi nel gruppo vengono poi elaborati a livello individuale ed entrano a far parte del percorso verso l'autoconsapevolezza.

Intervento

Nell'ottica della complessità dei DCA, viene effettuato un intervento che tiene conto dell'orientamento sistemico, inteso «non restrittivamente come insieme di tecniche di intervento sul sistema familiare, ma come prospettiva metodologica che esplora una pluralità di livelli sistemici e ricerca le interinfluenze circolari tra vissuti dell'individuo, caratteristiche del tessuto familiare di appartenenza, influssi e condizionamenti del sistema sociale allargato... influenze queste che convergono nel corpo, trovano nel corpo il loro terreno di intersezione, propongono il linguaggio del corpo come l'unica espressione possibile di una sofferenza che solo così riesce a parlare, pur rimanendo silente. (Onnis L., 2007).

In accordo con tale visione, il trattamento utilizzato nel nostro Centro per i soggetti BED, prevede una serie di interventi da parte dell'*équipe* interdisciplinare (nutrizionista, psicologo, dietista) secondo un approccio psiconutrizionale, che fa da collante alle diverse figure professionali.

«Esso consiste in un approccio globale al corpo, che valorizza la nutrizione come espressione del rapporto tra sé e il cibo in un'ottica relazionale più ampia, dà priorità al disagio fisico e alla valutazione dello stato nutrizionale consentendo una lettura globale, che tiene conto degli aspetti psicologici e comportamentali.» (De Cristofaro P., 2002).

L'approccio globale al corpo valorizza la nutrizione come espressione del rapporto tra sé e il cibo, tra sé e gli altri. Dando priorità al disagio fisico (alterazioni corporee, posturali e motorie) può favorire e a volte consentire l'approccio psicoterapico.

In particolare, la riabilitazione psiconutrizionale, parte da un'attenta valutazione psicobiologico- comportamentale-motivazionale, per avviare un processo di aut osservazione e di riacquisizione del controllo sul corpo e sui suoi confini. Porta all'acquisizione di un modello alimentare che garantisce il mantenimento dell'equilibrio psico-biologico e l'esercizio dell'autonomia dell'individuo. Permette di riattivare la comunicazione con se stessi e con l'altro. È un percorso verso l'autoconsapevolezza, la presa di contatto con i propri sentimenti e l'acquisizione di un modello alimentare autonomo.

L'approccio pluridisciplinare integrato, è un approccio sistemico alla patologia alimentare che contestualizza il cosiddetto modello «biopsicosociale». Il sintomo presentato dal paziente viene accolto, contenuto e osservato da punti di vista diversi che mirano ad inquadrare il problema nella sua trama reale. La rete terapeutica integrata (medico, psicologo, dietista) sviluppa un percorso su cui si collocano dati, tecniche e saperi e si oppone alla disintegrazione del vissuto corporeo così frequente nei DCA.

Inizialmente viene effettuata, da parte dell'*équipe* una «riformulazione della domanda di aiuto» che, inizialmente proposta come disturbo somatico, si ridefinisce e si amplifica anch'essa, permettendo implicazioni e coinvolgimenti su problematiche più complesse e più ricche di senso.

Modalità di trattamento

L'approccio psicoterapeutico utilizzato è denominato «integrativo» poiché vengono integrate la terapia sistemico-relazionale e la terapia cognitivo-comportamentale al fine di selezionare un trattamento in base al disturbo (Eclettismo sistematico).

Questa metodologia è stata definita dall'APA come una di quelle che hanno raccolto maggiori consensi in termini di diffusione (Arkowitz H. Lilienfeld, 2007).

«Credo che l'apertura verso la complessità sia lo sviluppo attualmente più maturo del pensiero sistemico... la parola chiave è "pluralità... ogni modello di riferimento è necessariamente limitato e parziale, emerge l'esigenza di una pluralità di punti di vista... solo le differenze sono generatrici di informazioni e di conoscenza.» (Bateson G., 1972).

Un pensiero sistemico ispirato alla complessità oggi può svolgere una funzione che va ben al di là del campo terapeutico e che, in generale, diventa una funzione etica.

«Io sono una parte di tutto ciò che ho incontrato» (Ortega y Gasset): una possibile identità del terapeuta relazionale (L. Onnis, 2005).

Trattamento individuale

Se il controllo è il tema dominante nell'Anoressia e nella Bulimia, nel BED prevale il senso di inadeguatezza e di impotenza. Le persone si percepiscono come estremamente deboli, in balia dell'altrui volontà, hanno perso ogni speranza di controllare la realtà, compresi il cibo e il peso, la convinzione di non valere è fortissima; tali convinzioni sono sostenute da reali dati percettivi, la bilancia e lo specchio. Il Sè è profondamente eterodefinito: il paziente con BED si specchia nello sguardo altrui per avere conferma del proprio valore e la disapprovazione genera un profondo disorientamento (Guidano, 1987; Bara, Beretta Stoppa, 1996). La guarigione spesso è temuta perché dà nuovo potere, ma anche nuove responsabilità. Il timore è di non saper gestire una vita libera dal cibo, di non avere più argini alle emozioni e agli atti conseguenti alla loro manifestazioni.

La tecnica terapeutica utilizzata è la Psicoterapia Individuale Sistemica, intesa come quell'approccio che discende da un modello sul funzionamento familiare, come guida per il trattamento; anche se lo stimolo al cambiamento proviene dalla seduta individuale, la sua elaborazione coinvolge comunque l'intero sistema delle relazioni significative del paziente (Viaro e Peruzzi 2004).

La psicoterapia individuale mira alla strutturazione di una relazione terapeutica basata innanzitutto nella fiducia nell'altro, al fine di costruire la "base sicura" dalla quale ripartire per riappropriarsi del rapporto con se stessi e con gli altri e riprendere un percorso di crescita interrotto.

Nel trattamento individuale si cerca di trovare i "nodi" irrisolti in seno alla famiglia di origine (Canevaro A., 2005), restituendo al comportamento sintomatico il significato evolutivo di una oscura e sofferente esigenza di cambiamento (Onnis L., 2007)

Il soggetto con BED ha difficoltà a sentire e a gestire le emozioni e a stabilire delle buone relazioni, quindi il trattamento individuale, tende ad integrare varie tecniche terapeutiche derivanti dalla terapia cognitivo/comportamentale, relazionale/sistemica e dal Training Autogeno.

Innanzitutto è importante ridurre il numero delle abbuffate per evitare l'eccessivo aumento di peso, ma anche dare un significato al sintomo associandolo a stati emotivi disturbanti per il soggetto.

Il sintomo viene ridefinito come espressione di una sofferenza psichica che non trova altri canali per emergere alla coscienza e per palesarsi all'altro. La lettura sistemico/ relazionale porta a considerare la persona portatrice del sintomo come "paziente designato". Tale termine sta ad indicare che il paziente è il membro del sistema famiglia (sia la propria che almeno le due generazioni che l'hanno preceduta) che esprime o segnala il funzionamento disfunzionale di uno o più dei sistemi di cui egli è uno dei vertici. Tale membro è designato dal sistema stesso, secondo una prospettiva biopsico-sociale, in quanto portavoce esperto di una modalità disfunzionale di vivere, pensare, agire.

La lettura cognitivo/comportamentale presuppone che il sintomo sia l'espressione di un precedente apprendimento di schemi comportamentali, emotivi e di pensiero errati o disadattivi, derivanti da peculiari esperienze di vita del paziente, eventualmente mantenuti da un contesto interpersonale patogeno nel presente. Obiettivo della terapia è ridurre il disadattamento attraverso l'apprendimento. Le principali tecniche sono: l'autoosservazione sistematica degli stati emotivi, cognitivi e comportamentali, la somministrazione di rinforzi positivi e negativi, lo sviluppo di risposte alternative.

Vengono inoltre effettuate sedute di rilassamento, utilizzando il Training Autogeno Respiratorio. Si tratta di un metodo di terapia autogena, di orientamento psicofisiologico, che mira a facilitare l'effetto autonormalizzante delle energie fisiologiche e psicodinamiche. Esso determina una prima esperienza di pace e rilassamento: diminuisce la tensione muscolare, favorisce la messa a riposo dei riflessi attacco/fuga, l'interiorizzazione del pensiero e vissuti di propriocezione. La concentrazione sul respiro permette l'attenuazione dei sentimenti negativi (ansia, rabbia, paura...) che nel BED sono ritenuti intollerabili e bloccati con l'assunzione incontrollata di cibo, fino al blocco totale delle emozioni. Produce calma, rilassamento, consapevolezza dei propri sentimenti in assenza di valutazione morale.

Quando è possibile il sintomo viene letto all'interno della relazione di coppia e spesso viene coinvolto il partner in terapia, al fine di interrompere il circolo vizioso della dipendenza/accudimento e quello degli stili comunicativi e dei ruoli disfunzionali.

Il coinvolgimento diretto in seduta di familiari significativi della famiglia di origine e/o partners è una insostituibile risorsa che può migliorare la qualità del processo psicoterapico o sbloccare situazioni di impasse o i fallimenti terapeutici reiterati.

Trattamento di gruppo

Nel trattamento di gruppo vengono approntati interventi specifici: quelli informativi, da parte dell'équipe multidisciplinare, allo scopo di rendere la persona più consapevole delle caratteristiche del suo disagio, spesso attribuito ad una propria carenza nella volontà di cambiare. Tali interventi informativi hanno lo scopo di mettere in luce ciò che sta accadendo, per permettere alla persona di riconoscere i comportamenti disturbati e di individuare una strada realistica per affrontare il problema. Inoltre il dietista promuove l'autosservazione attraverso il diario alimentare, al fine di permettere al paziente la riappropriazione della sfera sensoriale corporea e la modificazione dello stile di vita, al fine di raggiungere l'autogestione alimentare. Nel trattamento di gruppo il dietista offre il proprio supporto tecnico-professionale esplorando insieme alla psicologa l'assetto motivazionale, individuando i comportamenti alimentari disadattivi, le eventuali correlazioni tra emozioni e cibo, favorendo nel contempo la circolazione e la comprensione delle informazioni.

Gli interventi sulla motivazione sono finalizzati ad accrescere la determinazione della persona ad impegnarsi nella cura stessa e perseguire un cambiamento, superando la paura ad esso legata (Condivisione).

L'esperienza di gruppo aiuta l'individuo nello sviluppo dell'identità e della differenziazione.

Permette il rafforzamento dell'Io e di poter sperimentare nel presente il cambiamento, ricevendo rinforzi positivi e negativi da parte degli altri membri del gruppo. Facilita la ridefinizione dei propri confini al fine di: 1) delimitare un territorio (riferito allo spazio); 2) delimitare un'identità (riferito alla relazione); 3) definire una differenziazione (riferito alle funzioni psichiche).

La riabilitazione psiconutrizionale di gruppo offre elementi di feed-back allo scopo di verificare la qualità dell'apprendimento, attraverso il confronto con gli altri e una rinnovata attenzione verso i propri segnali corporei, rapporto con la fisicità del cibo e con le proprie emozioni. Lo scopo è di dare a persone che vivono in situazioni simili l'opportunità di condividere le proprie esperienze e di aiutarsi a mostrare l'uno all'altro come affrontare i problemi comuni in modo da assicurare sostegno emotivo: ciascuno dà aiuto e contemporaneamente lo riceve.

A livello relazionale, il gruppo psiconutrizionale rappresenta a tutti gli effetti "un gruppo di pari" dove è possibile individuare e modificare i modelli interattivi disfunzionali appresi nella famiglia di origine; in particolare l'invischiamento, l'iperprotezione, la rigidità e l'evitamento del conflitto, che S. Minuchin ha individuato nella "famiglia psicosomatica", e che concorrono alla formazione e al mantenimento del sintomo, non facilitando l'autonomia dell'individuo.

Materiali e Metodi

Il gruppo psiconutrizionale è costituito da 6 soggetti di sesso femminile di età compresa tra 35 e 54 anni, omogeneo per patologia (BED), chiuso, dura 15 mesi con frequenza quindicinale nei primi due cicli di otto incontri ciascuno e poi mensile nel terzo ciclo di otto incontri. È condotto dallo psicoterapeuta con la presenza del dietista, sono previsti alcuni incontri programmati con il medico nutrizionista. Rientra nella dimensione del piccolo gruppo, da 3 a 9 membri che vi accedono dopo un periodo di durata variabile di Terapia individuale.

Ai soggetti sono stati somministrati degli strumenti di valutazione psicometrica all'inizio, a 6 mesi e alla fine del trattamento combinato:

- il BES (Binge Eating Scale, Gormally, Black, Daston e Radin 1982) è un Test diretto alla valutazione del comportamento alimentare e, in particolare, del sintomo abbuffate compulsive. E' composto di 16 item a risposta multipla.
- il BUT (Body Uneasiness Test, Cuzzolaro, Vetrone, Marano e Battacchi, 2000) per la valutazione psicometrica del disagio relativo all'immagine del proprio corpo. È composto da 71 item con risposta a scelta multipla e diviso in due parti di cui una, quella considerata nel presente lavoro, è relativa all'indagine della paura morbosa dell'aumento di peso, preoccupazioni eccessive per il proprio aspetto fisico, comportamenti di evitamento collegati all'immagine del corpo, controllo compulsivo dell'aspetto fisico, depersonalizzazione.
- l'EDI-2 (Eating Disorder Inventory di Garner D., 1993) questionario self report che offre una misurazione standardizzata della gravità della sintomatologia lungo diverse dimensioni clinicamente rilevanti per i disturbi alimentari. E' composto da 91 item classificabili in 11 sottoscale,
- l'SCL-90 (Symptom Checklist-90 item Derogatis e al., 1997) composto da 90 item raggruppabili in 9 sottoscale: somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità, depressione, ansia, collera-ostilità, ideazione paranoide, psicoticismo, disturbi del sonno.

Discussione

Dall'osservazione dei risultati ottenuti dai questionari somministrati ai soggetti, si evidenzia a fine trattamento un netto miglioramento delle dimensioni psicologiche considerate.

Si osserva infatti un ridimensionamento generale della patologia associata al disturbo alimentare (DCA) e un'importante diminuzione dei punteggi relativamente alla psicopatologia correlata. A inizio trattamento le Aree individuate come patologiche, e quindi focus dell'intervento, riguardavano il "Sé" ed il rapporto "Sé-Altro". Infatti, nell'area personale è emerso al primo piano il rapporto con il corpo in particolare rispetto alla sua forma e alla dimensione delle sue parti, un disturbo dell'immagine corporea (EDI-2, BUT) e la ricerca incessante di dimagrire (EDI-2); a livello mentale è risultata prevalente l'inadeguatezza, lo schiacciante senso di incapacità, una bassa autostima e confusione ed incertezza circa i propri stati emotivi. A livello psicopatologico (SCL-90) a tali problematiche inerenti la presenza di un DCA, si sono osservati alti livelli di Depressione, Ansia e Ossessività-compulsività. Per quanto concerne il rapporto "Sé-Altro" dall'analisi dell'EDI-2 si sono rilevate quali aree problematiche la paura della maturità come timore del conflitto, la sfiducia interpersonale come bisogno di mantenere gli altri a distanza e riluttanza ad esprimere agli altri pensieri e sentimenti e il perfezionismo inteso come opinione che gli altri si aspettino risultati eccezionali. A livello psicopatologico correlano con tali caratteristiche la Sensibilità e l'Ideazione paranoide: la prima quale tendenza a criticare gli altri, il sentirsi facilmente ferito o offeso, ritenere che gli altri non ci ritengano amici, sentimenti di inferiorità; la seconda come convinzione che gli altri siano responsabili dei propri disturbi e mancanza di fiducia negli altri.

Andando a fare un'analisi più approfondita del percorso dei soggetti e osservando l'andamento delle dimensioni considerate a 6 mesi e a un anno dall'inizio del trattamento combinato, emerge un trend differenziato: mentre la patologia alimentare (BES, BUT, EDI-2) diminuisce gradualmente, la psicopatologia (SCL-90) correlata segue il tracciato di una curva gaussiana in cui dopo un aumento osservato a 6 mesi, si ha un ridimensionamento a fine trattamento combinato. Tali risultati sono spiegati dal fatto che all'inizio del trattamento combinato si è privilegiata l'osservazione, il contenimento e la riduzione del sintomo alimentare. Togliendo voce al corpo e ascoltando il sintomo "binge" a 6 mesi si è osservato un aumento della psicopatologia, in un certo senso precedentemente contenuta dal DCA, che continuava a diminuire. A tal punto è stato importante lavorare sulle comorbidità psicopatologiche relative soprattutto al rapporto con se stessi (Depressione, Ansia, Ossessività-Compulsività) e con gli altri (Sensibilità, Ideazione paranoide) per giungere ad osservare, ad un anno dall'inizio, anche una sua riduzione, nella maggior parte dei soggetti osservati.

ANDAMENTO MEDIO DI GRUPPO NELLE TRE RILEVAZIONI

TEST	DIMENSIONI CLINICHE	PRE-TEST	A 6 MESI	POST-TEST
EDI-2	Impulso alla magrezza	12,25	13	10,16
	Bulimia	6,62	5,62	2,67
	Insoddisfazione per il corpo	18,5	14	14,5
	Inadeguatezza	12	8,75	5,5
	Perfezionismo	6,62	5,5	3,5
	Sfiducia interpersonale	7,25	6,62	4,16
	Consapevolezza enterocettiva	10,87	8	3,67
	Paura della maturità	7,88	6,37	4,5
SCL-90	Ossessività-compulsività	1,22	1,39	1,17
	Depressione	1,32	1,41	1,2
	Ansia	1,12	1,39	0,98
	Sensitività	1,58	1,66	1,26
	Ideazione paranoide	1,06	1,15	0,92
BES		24,16	19,83	16,33
BUT	GSI	2,53	2,21	2,11
	WP	2,66	2,66	2,5
	BIC	3,05	2,86	2,58
	A	2,25	2,06	1,82
	CSM	1,8	1,53	1,32
	D	2,5	2,07	1,97

Conclusioni

Lo psicologo, il nutrizionista e il dietista lavorano contestualmente sull'assunto che nel Bed, il cibo perde la sua funzione di sostentamento per divenire metafora del rapporto con se stessi e con gli altri e il corpo diventa "testimone visibile" del fallimento dei significati e delle regole che fondano la convivenza.

Possiamo conoscere e modificare i modelli interattivi disfunzionali appresi, tipici del Bed, all'interno di un nuovo contesto relazionale: il Gruppo Psiconutrizionale.

Alla luce dell'esperienza riportata possiamo concludere che, accanto al lavoro psicoterapeutico e nutrizionale individuale, il lavoro di gruppo permette al soggetto affetto da Bed di accelerare il processo di cambiamento in quanto gli consente di sperimentare comportamenti alternativi nella relazione con l'altro.

*Dirigente Psicologo, Centro di Riferimento Regionale di psicopatologia della nutrizione, Giulianova (Asl Teramo).

**Psicologa Psicoterapeuta, Centro di Riferimento Regionale di psicopatologia della nutrizione, Giulianova (Asl Teramo).

***Dietista, Centro di Riferimento Regionale di psicopatologia della nutrizione, Giulianova (Asl Teramo)

**** Medico Nutrizionista, Centro di Riferimento Regionale di psicopatologia della nutrizione, Giulianova (Asl Teramo).

***** Medico Nutrizionista, Responsabile Centro di Riferimento Regionale di psicopatologia della nutrizione, Giulianova (Asl Teramo).

BIBLIOGRAFIA

AIDAP, I semestre 2000 (n°2) Emozioni e cibo. Newsletter dell'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione.

Ancona L., Achille P.A., (1974) Comportamenti e tecniche di gruppo, Etas Compass libri, Milano.

Arkowitz H., Lilienfeld S.O. Mente e cervello n°28, Aprile 2007.

Bateson G. (1972) Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano.

Brody M.L., Walsh B.T., Devlin M.J. (1994) Binge Eating Disorder reability and validità of a new diagnostic category in jurnal in consulting and clinical psychology, 62 pp. 381-386.

Canevaro A. (2005), Atti del convegno SIPPR maggio 2005. Sviluppi e tendenze in Terapia relazionale. Nuove identità per terapeuti non solo faMILIARI. Forte dei Marmi.

Corrao F. (1981), Struttura poliadica e funzione gamma. Gruppo e funzione analitica, II 2.

Cuzzolaro M., Vetrone G., Marano G., Battacchi M., (2000) in L.Conti (a cura di) Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria, SEE Firenze.

De Cristofaro P. (2002), Basi metodologiche dell'approccio psiconutrizionale, SEE Firenze.

Di Stani M., Santini D., Giuliani R., ed al. Protocollo per il trattamento integrato dei disturbi della condotta alimentare, ADI Magazine, Rivista scientifica dell'Associazione italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica, Settembre 1999.

Dogana F., Psicopatologia dei consumi quotidiani. Il linguaggio dei cibi.

DSM IV (1994) Diagnostic Criteria, American Psychiatric Association, Washington.

Ellis A., (1993) L'Autoterapia Razionale Emotiva, Trento.

Francescato D., Ghirelli G., (1988) Fondamenti di Psicologia di Comunità. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Francescato D., Putton A., Cudini S., (1996) Star bene insieme a scuola. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Garner D.M. (1993) Eating Disorder Inventory-manual Odessa: Psychological Assessment resoure (Trad.It. Rizzardi M., Trombini E., OS Firenze 2001).

Giubbolini F., (2007) Aggiornamenti scientifici in psicoterapia. <http://psicoterapiasiena.blogspot.com> (2007).

- Gormally J., Black S., Daston S., Radin D., (1982) The assessment the Binge Eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors* 7,47-55.
- Hay P., Fairburn C.G., (1988) The validity of DSM IV scheme for classifying bulimic eating disorders in *International Journal of Eating Disorder*, Jan. 23 (1) pp. 7-15.
- Jacobson E. (1938) *Progressive Relaxation*, Univ. of Chicago Press, Chicago.
- Minuchin S. (1977) *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio Milano.
- Onnis L. (2005) *Il tempo sospeso*. Franco Angeli, Milano.
- Ostuzzi R. Luxardi G.L. (2003) *Figlie in lotta con il cibo*. Baldini e Castaldi, Milano.
- Pasini W. (1982) *Il corpo in Psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Peruzzi, ViaRO (1999) Che cosa generano le spiegazioni costruttiviste. *Terapia Familiare* 60.
- Piscicelli U. (1977). *Training Autogeno respiratorio e psicoprofilassi ostertrica*, Piccin ed. Padova.
- Ruitenbeek H. (1972) *Le nuove terapie di gruppo*, Astrolabio, Roma.
- Schultz H.J. (1968) *Il Training Autogeno*, Feltrinelli. Milano.
- Vinai P., Todisco P., *Quando le emozioni diventano cibo*. *Psicoterapia Cognitiva del BED*. Raffaello Cortina Editore. Milano.