



**Istituto di Psicosomatica PNEI**

*Centro Studi Formazione e Ricerche del Villaggio Globale di Bagni di Lucca*

---

## Validazioni del modello psicoterapeutico ad orientamento corporeo Una prospettiva ad approccio psicosomatico per la salute mentale. I dati dell'esperienza della ASL 2 - Valle del Serchio (Lucca)

Dott. Mario Betti - Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti  
Azienda USL 2 Lucca – Zona Distretto Valle del Serchio.

### ***Abstract***

*Presso il servizio di Salute Mentale della Valle del Serchio dell'Azienda USL 2 di Lucca è stata avviata, a partire dal 1996, una sperimentazione di modelli e tecniche psicoterapeutiche ad approccio corporeo che si è andata ampliando nel corso degli anni. Essa si fonda su un approccio umanistico e multidimensionale sostenuto da una rigorosa verifica scientifica. La collaborazione con associazioni quali l'Istituto di Psicosomatica PNEI ha consentito di attivare un percorso di ricerca e di buone pratiche che ha portato, già nel 2003, al conferimento del Premio Nazionale Alesini per le buone pratiche in sanità. Questa esperienza è unica, sia in Italia che all'estero.*

### **PARTE PRIMA:**

#### **UNA PROSPETTIVA PSICOSOMATICA OLTRE IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE**

##### **Verso un modello Psicosomatico PNEI**

L'essere umano è un'unità di mente e corpo, indissolubilmente connessa con l'ambiente naturale e con il contesto socioculturale e relazionale in cui si trova calato (*modello bio-psico-sociale*). Questa unità corpo-mente-ambiente è anche coscienza di sé e si contraddistingue per uno slancio vitale che la spinge ad autoprogettarsi verso il mondo e verso il futuro. Possiamo parlare dell'essere umano come di un "sistema psicosomatico" in cui si risolvono tutti gli aspetti somatici, psichici, ambientali e spirituali.

Al "paradigma psicosomatico" si riallacciano anche il modello mente-corpo e il concetto di "network psicosomatico" sviluppato dalla Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia, nonché le ricerche neuropsicologiche di Pribram, Pert, Edelman, Panksepp, LeDoux, Damasio e altri che descrivono il

cervello come una matrice capace di tradurre i messaggi del mondo esterno e nella quale le informazioni cognitive ed emotive rimangono compenstrate in ogni frammento corporeo.

### **Prospettive umanistiche e scientifiche per la sanità pubblica**

Il “paradigma psicosomatico” si è ormai affermato sotto il profilo scientifico, teorico ed epistemologico. Dal punto di vista operativo rimane però confinato all’interno di settori delimitati, per lo più a carattere privatistico, e non incide in maniera efficace sulla cultura sanitaria e sull’organizzazione dei servizi. Eppure l’esigenza di un cambiamento è avvertita in maniera urgente da fasce sempre più numerose di cittadini. Si pone allora un interrogativo ed una sfida. Come si applica il modello psicosomatico in un servizio pubblico?

Un sistema sanitario ad ispirazione psicosomatica va necessariamente inteso come qualcosa di globale e unitario. Non si tratta semplicemente di affiancare un ambulatorio di medicina integrativa ai trattamenti ambulatori specialistici. Neppure è sufficiente integrare le risposte di un reparto ospedaliero psichiatrico con l’apporto di trattamenti alternativi.

Certamente iniziative di questo genere sono auspicabili e rappresentano importanti tasselli per un cambiamento, ma tuttavia l’obiettivo verso cui procedere consiste in una trasformazione radicale della mentalità e del modello umano e terapeutici, legata ad un mutamento d’insieme nella *mission* e nella cultura del Servizio.

### **L’esperienza della Valle del Serchio**

Presso il Servizio di Salute Mentale della Valle del Serchio, nell’Azienda USL 2 di Lucca, in Toscana, sono state avviate, a partire dal 1996, una serie di iniziative sperimentali nelle quali si è proposto **un nuovo modello umano e psicoterapeutico orientato ad un approccio psicosomatico**. Queste iniziative si sono andate ampliando nel corso degli anni ed hanno portato ad un nuovo modello organizzativo ed operativo che ha dato ottimi risultati clinici e umani validati dai test e dagli studi statistici.

La sperimentazione è nata dall’esigenza di dare spazio ad una nuova epistemologia che veda nel disagio psichico non più un insieme di sintomi da reprimere o correggere, con interventi di tipo protesico, ma la traccia di un cammino interrotto, di un tentativo di evoluzione esistenziale che si è inceppato.

La prassi si fonda su un approccio umanistico psicosomatico che non prescinde da una rigorosa verifica scientifica.

## **I momenti formativi**

Mentre si cominciavano a strutturare le nuove metodologie, si faceva sentire, da parte degli operatori, l'esigenza di partecipare a *training* di formazione. A partire dal 1998 sono stati avviati vari percorsi anche con la collaborazione dell'Istituto di Psicosomatica PNEI. Si sono svolte esercitazioni per favorire l'approccio corporeo, la consapevolezza del proprio corpo, la gestione degli stati emotivi e la meditazione, come consapevolezza di sé e dei propri valori. Particolare cura è stata dedicata all'empatia e alla relazione consapevole. Sono stati attivati corsi seminari per la comunicazione e la cooperazione fra piccoli gruppi. E' stato possibile, in questo modo, sensibilizzare gli operatori e motivarli al cambiamento, migliorando il clima di lavoro e riducendo la conflittualità. Nel corso degli anni gli eventi formativi sono stati sviluppati ed ampliati dando loro un carattere di continuità.

Per l'impatto esercitato su utenti, familiari e cittadini in genere, nel 2003 abbiamo conseguito il Premio Nazionale "Alesini" per le buone pratiche in ambito sanitario.

## **PARTE SECONDA:**

### **COME SI APPLICA IL MODELLO PSICOSOMATICO IN UN SERVIZIO PUBBLICO**

#### **Un modello organizzativo per la salute mentale**

Secondo la nostra esperienza, un servizio che si ispiri ad un modello terapeutico ad approccio psicosomatico deve fare riferimento ai seguenti criteri:

- a. Articolazione ed operatività nelle 24 ore (CSM h24)
- b. Rapido *turn over* residenziale
- c. Semiresidenzialità centrata sull'apprendimento
- d. Interazione sistematica con la rete comunitaria
- e. Integrazione e umanizzazione dei trattamenti
- f. Differenziazione, appropriatezza e progettualità delle risposte
- g. Formazione esperienziale
- h. Valutazione, verifica e ricerca

## Articolazione ed operatività nelle 24 ore: CSM h24

Il Servizio è costituito da un Centro di Salute Mentale (CSM) e da una serie di presidi decentrati e sparsi nel territorio (Fig. 1). Il CSM è articolato, a sua volta, intorno a tre strutture separate ma contigue: il Centro di Assistenza e Terapia (CAT), il Centro Diurno (CD) e la Struttura Residenziale "Nausicaa". Il Centro di Assistenza e Terapia mantiene un'impronta prevalentemente sanitaria, con vari ambulatori e stanze per colloqui. Il Centro Diurno offre ampi spazi per terapie di gruppo, laboratori di arte-terapia e trattamenti non convenzionali. La Residenza "Nausicaa" garantisce la continuità dell'accoglienza e dell'assistenza nell'arco delle 24 ore.

Vi sono poi una serie di presidi decentrati che consentono una presenza più capillare nel territorio. Fra questi ricordiamo alcuni ambulatori, il Centro di Psicoterapia Cognitiva e il Centro di Terapia Familiare a impronta sistemico relazionale.

Il CSM, articolato su tre edifici vicini, permette di fornire risposte differenziate ed extraospedaliere nelle 24 ore giornaliere. Possiamo indicare questo complesso funzionale con la sigla *CSM h24*.

E' possibile, in questo modo, garantire l'accesso nelle 24 ore e filtrare i ricoveri ospedalieri.

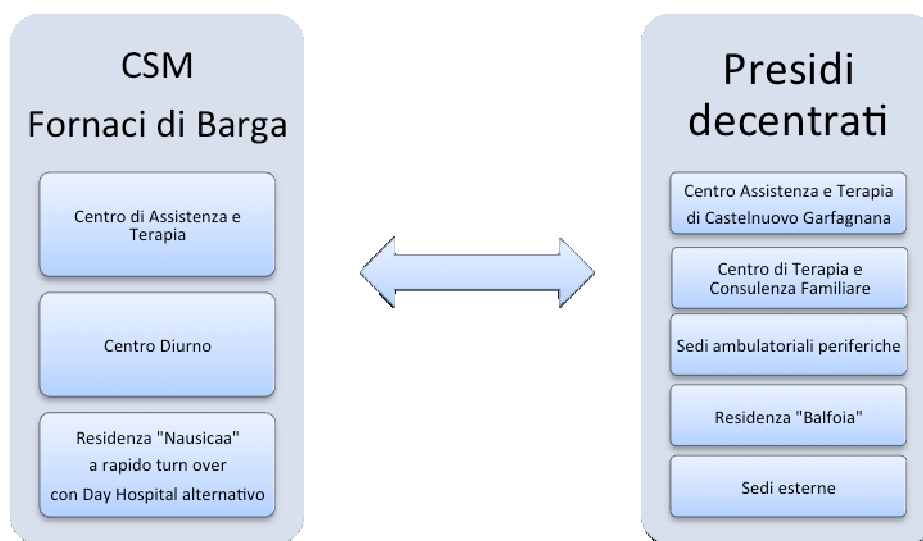


Figura 1: Strutture del Servizio

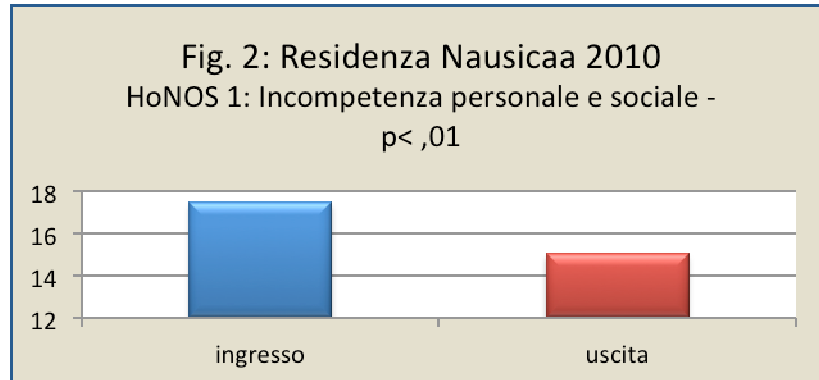
## Rapido turn over residenziale

Una serie di studi osservazionali che abbiamo compiuto negli anni passati ci ha permesso di rilevare che l'inserimento in una struttura residenziale offre miglioramenti significativi, sotto il profilo terapeutico e riabilitativo, nelle prime settimane. Questo fenomeno è facilmente comprensibile se si pensa che l'allontanamento da casa consente di acquietare le dinamiche conflittuali e l'emotività espressa; offre, inoltre, la possibilità di erogare trattamenti appropriati per il paziente ed,

eventualmente, per i familiari. Dopo un periodo di tempo, variabile fra i due e i tre mesi, i livelli di miglioramento tendono ad assestarsi su un *plateau* che rimane costante nei mesi successivi. I parenti cominciano ad assuefarsi all'assenza del loro congiunto ed emergono le prime dinamiche espulsive. Dopo due anni le dinamiche espulsive si accentuano e diventa sempre più difficile il reinserimento nell'ambiente di origine; cominciano a manifestarsi i segni dell'istituzionalizzazione e della cronicizzazione

La "Nausicaa" è una residenza ad alta intensità e rapido *turn over*, dotata di otto posti letto; risponde ai casi di acuzie e sub-acuzie ed accoglie gli ospiti per un periodo limitato di tempo, non superiore ai tre mesi.

Il rapido *turn over* consente di mantenere una disponibilità costante di posti letto per far fronte alle urgenze ed accogliere i casi di acuzie e sub-acuzie. Nel corso del 2010 sono stati effettuati 94 inserimenti per un totale di 57 ospiti. Il periodo medio di permanenza è stato di 19 giorni. Le diagnosi prevalenti sono di Psicosi affettiva e Schizofrenia. Le verifiche di esito, effettuate mediante il questionario HoNOS somministrato all'ingresso e alla dimissione, hanno registrato miglioramenti significativi in tutti e 4 i fattori principali. Nella fig. 2 viene evidenziato il decremento nelle disabilità personali e sociali.

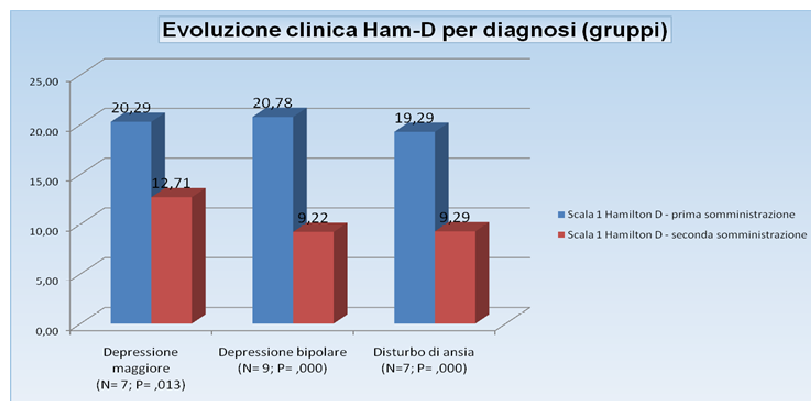


### **Base Alpha: un punto alternativo di ospitalità diurna**

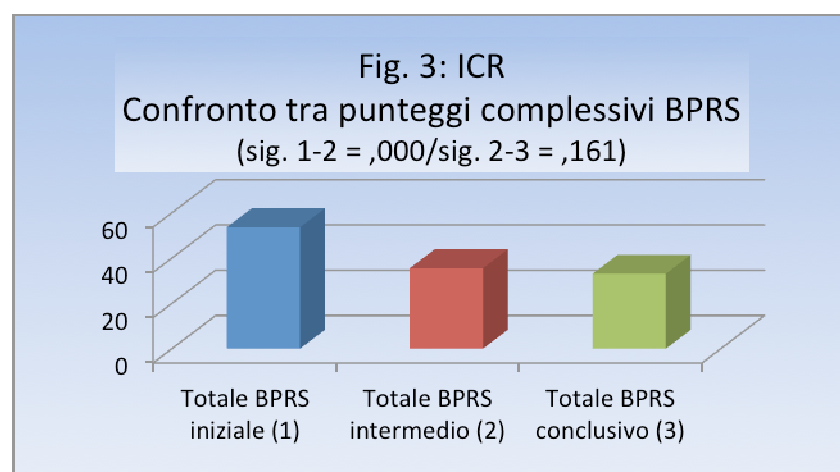
Alla Residenza *Nausicaa* è annesso un *Punto di ospitalità diurna* dove vengono erogati trattamenti biofisici quali la *Light Therapy*, la *Ionorisonanza Ciclotronica* e la *Massoterapia strumentale*.

La *Light Therapy* è una terapia efficace e di bassissimo costo, che si basa sull'esposizione giornaliera ad uno spettro di luce fredda. Numerosi studi sono stati effettuati a partire dagli anni Ottanta ed esiste ormai una vasta letteratura scientifica che ne comprova l'efficacia, soprattutto per i disturbi depressivi stagionali ed altri disturbi della sfera affettiva.

Nel 2009 abbiamo svolto uno studio su 27 pazienti con diagnosi di disturbo dell'umore o di ansia gestiti in regime ambulatoriale o residenziale e in trattamento con terapia farmacologica (antidepressivi e/o stabilizzanti del tono dell'umore). La Valutazione è stata eseguita mediante la Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) Tutti i soggetti hanno mostrato un miglioramento dei punteggi della Hamilton e hanno riferito progressivo benessere soggettivo di vario grado. Nella nostra casistica i quadri con una forte componente ansiosa hanno avuto miglioramenti maggiori di quanto descritto in letteratura.



Presso il nostro Servizio sono stati compiuti alcuni studi osservazionali. Il primo di questi<sup>1</sup> ha interessato un campione di 33 utenti con disturbi psichici gravi, cronicizzati e resistenti al trattamento farmacologico. Sono stati effettuati cicli di 20 sedute, valutati mediante BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ai tempi T-0 (prima del trattamento), T-1 (dopo la decima seduta) e T-2 (alla conclusione). E' stata dimostrata un'efficacia significativa che si manifesta soprattutto nella prima metà del ciclo di trattamento (Fig. 3)



<sup>1</sup> M. Betti, M.C. Di Meo, M.P.C. Picchi, M. Saettoni, Applicazioni della Ionorisonanza Ciclotronica in salute mentale, III Convegno Nazionale della Società Italiana di Biofisica Elettrodinamica, 2010.

### **Semiresidenzialità centrata sull'apprendimento**

La semiresidenzialità è incentrata sulle attività e sull'apprendimento anziché sull'intrattenimento e la stanzialità. Le persone vi accedono in precise fasce orarie per svolgere determinate attività di gruppo. Si evita, in questo modo, che stazionino negli spazi diurni in maniera includente, secondo modalità di stampo neo-manicomiale.

Ricordiamo, fra le altre, le attività di psicoterapia ad orientamento psicosomatico che include il lavoro sul corpo, l'arte-terapia, i trattamenti psicocorporei e transpersonali, i percorsi di Yoga, i seminari di formazione, le riunioni dei gruppi di auto aiuto e i laboratori di manifattura tessile. Un criterio che guida le attività del Centro Diurno è rappresentato dall'apertura all'esterno. Si cerca di favorire un flusso di cittadini in entrata ed in uscita, in modo da assicurare il contatto con la popolazione e realizzare una vasta rete di supporto. L'interazione sistematica con la rete comunitaria è infatti uno dei criteri qualificanti del Servizio.

### **Integrazione e umanizzazione dei trattamenti**

E' prevista l'integrazione dei trattamenti classici (farmacologici, psicoterapici e socioterapici) con interventi di tipo umanistico (terapie psicocorporee, emozionali, relazionali-sistemiche, transpersonali e a mediazione artistica), con medicine complementari e con terapie biofisiche. Tutti queste metodiche si contrassegnano per l'efficacia e la scarsa invasività. Presso i nostri presidi, possiamo offrire un ampio ventaglio di proposte:

1. Trattamenti sanitari classici (psicofarmaci).
2. Supporto psicologico e psicoterapie individuali.
3. Terapia e Consulenza Familiare.
4. Trattamenti psico-corporei (massaggio psicosomatico, consapevolezza corporea, meditazioni).
5. Medicine complementari e discipline bio naturali (Medicina Cinese, Fitoterapia, trattamenti manipolativi).
6. Percorsi riabilitativi: laboratori protetti, borse lavoro, inserimenti assistiti.
7. Terapie a mediazione artistica-emozionale: teatro, musica, biodanza, pittura, fotografia.
8. Terapie Biofisiche: Light Therapy e Ionorisonanza Ciclotronica.
9. Gruppi di auto aiuto per utenti e familiari.

Con queste metodiche, si evitano trattamenti invasivi o potenzialmente dannosi quali l'assunzione di eccessive quantità di psicofarmaci, l'applicazione di cicli di elettroshock, la contenzione fisica e/o chimica, nonché prolungati periodi di ricovero o di istituzionalizzazione.

La diffusione di questi sistemi di intervento ha profonde ripercussioni sulla prassi psichiatrica. Si assiste, ad esempio, al ridimensionamento drastico di ambienti segreganti come gli attuali SPDC.

### **Differenziazione e appropriatezza delle risposte**

E' importante offrire agli utenti e ai loro familiari un ventaglio di risposte che tenga conto dei bisogni, delle aspettative, delle motivazioni e delle aspirazioni. Può non apparire facile conciliare una farmacoterapia allopatica, di tipo protesico, con interventi umanistici mirati a riattivare un processo interiore. Tuttavia, la contrapposizione netta fra terapie "alternative" e "convenzionali" non è mai utile rischia di produrre nuove forme di riduzionismo. Perciò ci siamo posti in una logica di *complementazione* e non di *contrapposizione*.

Bisogna ricordare che non è *olistico* il singolo trattamento ma il modo in cui esso viene proposto e portato avanti.

Abbiamo sempre cercato di procedere con *gradualità*. L'obiettivo è quello di modificare, in modo lento e quasi impercettibile, la cultura del Servizio.

### **Criteri di organizzazione interna: i settori operativi**

La molteplicità delle offerte comporta l'organizzazione di settori operativi specifici, con personale dedicato. Per ciascuno dei settori si è costituito un piccolo *staff* multiprofessionale. Ci sono operatori che si occupano prevalentemente dell'attività teatrale, altri dell'assistenza ai trattamenti biofisici, altri della conduzione dei laboratori riabilitativi e così via.

Tutti svolgono le attività di base (assistenza ambulatoriale, visite domiciliari, interventi di rete, presenza nelle strutture residenziali, pronta disponibilità). Ciascuno, poi, si occupa di un settore "alternativo" specifico (per esempio, teatro anziché pittura o musica). In questa maniera tutti gli operatori, pur svolgendo una parte di mansioni comuni, finiscono per acquisire competenze specifiche.

Il coinvolgimento di tutto il Servizio nei vari settori, con formazione di *micro-équipe* dedicate, consente di superare il problema che potrebbe scaturire da due grossi sottosistemi rigidamente differenziati e contrapposti, per esempio quello dell'assistenza sanitaria e quello della riabilitazione, che in molte realtà arrivano a minare la coesione e le sinergie.

Questa modalità organizzativa induce un elevato grado di motivazione e previene il *burn out*.



## **Formazione esperienziale**

L'adozione di un modello integrato di ispirazione olistica e l'introduzione delle terapie transpersonali all'interno di un servizio pubblico comporta l'esigenza di un rinnovamento della mentalità sanitaria, che può essere perseguito attraverso adeguati percorsi formativi.

Per costituire *staff* adeguatamente preparati e consapevoli, occorre promuovere una formazione in senso psicosomatico che abbia carattere esperienziale.

Si richiede all'operatore di compiere un lavoro su se stesso ed un cammino interiore, sperimentando in prima persona le principali linee di modificazione della coscienza. La formazione deve essere, per quanto possibile, permanente, con esercitazioni seminariali di introspezione guidata, educazione al contatto empatico e meditazione.

## **Valutazione, verifica e ricerca**

A partire dal 2007, abbiamo cominciato ad eseguire in modo sistematico le valutazioni di esito su tutti gli interventi ed i trattamenti non convenzionali. Abbiamo utilizzato test e questionari standardizzati e validati a livello internazionale, in modo da rendere comprensibili ed accettabili i risultati.

La valutazione rappresenta una fase imprescindibile per portare avanti un percorso di cambiamento. Essa consente di perseguire i seguenti obiettivi:

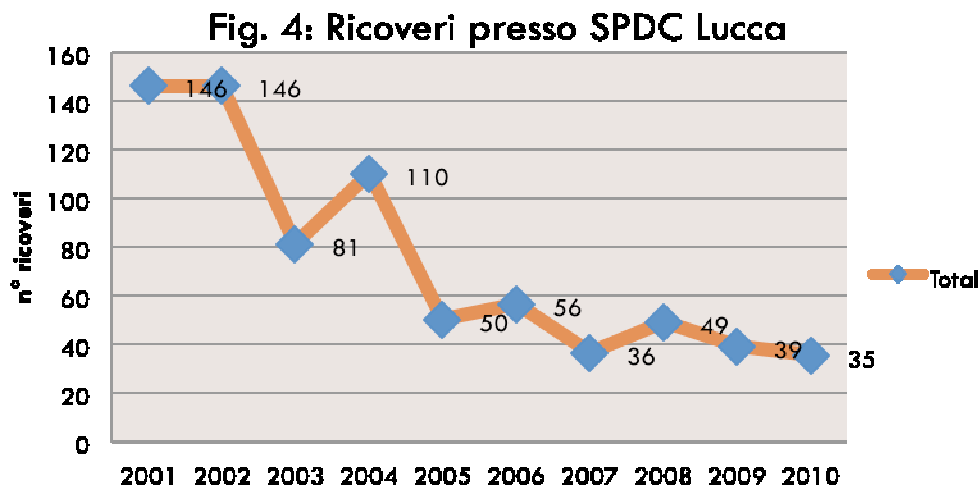
- Valutare l'efficacia dei singoli interventi e del modello nel suo complesso.
- Offrire agli operatori un *feed back* che avvalori l'utilità del loro impegno.
- Correggere e modulare gli interventi, con un miglior rapporto costo-benefici.
- Acquisire credibilità presso le istituzioni e la comunità scientifica.
- Promuovere e rendere esportabile il modello.

## **Gli indicatori**

Sono stati adottati alcuni *indicatori* che ci hanno consentito di verificare l'efficacia del nuovo modello, ottenendo significativi risultati nei seguenti parametri:

- **miglioramento qualitativo delle condizioni degli utenti e dei familiari**, sulla base delle valutazioni di esito;
- **acquisizione di evidenze cliniche sull'efficacia dei trattamenti non farmacologici**;
- **positiva ricaduta sul contesto sociale**, con attestazioni di consenso da parte di cittadini, associazioni ed enti pubblici;

- **riduzione dei ricoveri in SPDC, che si sono ridotti a meno di un terzo nel giro di pochi anni, come dimostra il grafico riportato in Fig. 4.**



Neppure l'ambito della ricerca deve essere trascurato. Esiste ancora scetticismo nei confronti dei trattamenti non convenzionali, soprattutto se questi tendono a scardinare i paradigmi scientifici ancora oggi dominanti. Registriamo, tuttavia, che una maggior sensibilità si sta diffondendo fra i medici e fra gli operatori sanitari in genere. E' importante che una nuova cultura e un nuovo approccio centrato sui bisogni interiori si continui a diffondere e porti alla costituzione di *équipes* di ricercatori adeguatamente formati, che sappiano applicare protocolli rigorosi di valutazione, verifica e ricerca.

#### NOTE BIBLIOGRAFICHE

- Almaas A.H. (2008): *The Unfolding Now*. Shambala, Boston. Tr. It.: *La pratica della presenza*. Astrolabio, 1991.
- Balzola M.A. (a cura di) (2007): *Oltre il labirinto. Percorsi di medicina complementare in psichiatria*. Colibrì, Milano.
- Bateson G. (1972): *Steps to an Ecology of Mind*, University of Chicago Press. Tr. It.: *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano, 1976.
- Bateson G. (1979): *Mind and Nature. A Necessary Unity*. Hampton Press. Tr. It.: *Mente e Natura*, Adelphi, Milano, 1984.
- Becarelli R. (2008): *Il Corpo. Il laboratorio della nostra trasformazione*. Sì Edizioni, Forlì.
- Bedini B. (2011): *La Via dell'Art Counseling. Il Teatro-danza e il Cinema d'arte per conoscere se stessi*. Edizioni Creativa, Torre del Greco (Napoli).
- Bertalanffy L. Von ((1969): *General System Theory*. Tr. It.: *Teoria generale dei sistemi*, Mondadoro, Milano, 1983.

- Betti M. (1988): Il concetto di coscienza nel pensiero occidentale. Aspetti storico-filosofici ed implicazioni psicopatologiche. *Psichiatria e Territorio*, 5, 1, 11-80.
- Betti M. (1990): Idee per un modello fondato sul criterio di progettualità. *Psichiatria e Territorio*, VII, 2, 177-198.
- Betti M. (1993): Il concetto di energia nel cammino del pensiero. *Psichiatria e Territorio*, 10, 2, 11-29.
- Betti M. (2007): Stati modificati di coscienza e disturbi psicopatologici. In: Balzola M.A. (a cura di) : *Oltre il labirinto. Percorsi di medicina complementare in psichiatria*. Colibrì, Milano, 287-331.
- Betti M., Castelvechhi L. (1989): Eventi psicopatologici e stati mistici abortivi. *Psichiatria e Territorio*, VI, 2, 113-142.
- Betti M., Di Fiorino M. (1997): *Psichiatria e igiene mentale*, Mc Graw Hill, Milano.
- Betti M., Di Meo M.C., Picchi M.P.C., Saettoni M. (2010): Applicazioni della Ionorisonanza Ciclotronica in salute mentale. *Atti del III Convegno Nazionale della Società Italiana Biofisica Elettrodinamica*, Bologna, 41-50.
- Betti M., Lastrucci P., Fulvio M.O., Marchi E. (1987): Tipologia dei sistemi familiari patogeni cronici. *Etruria Medica*, 2, 2, 219-226.
- Boggio Gilot L. (1992): La prospettiva transpersonale in psicologia. *Psichiatria e Territorio*, suppl. IX, 1, 29-32.
- Brook P. (1968): *The Empty Space*. Mc Gibbon & Kee, London. Tr. It.: *Lo spazio vuoto*. Bulzoni, Roma, 1998.
- Bottalo F., Brotzu R. (1999): *Fondamenti di Medicina Tradizionale Cinese*. Xenia, Milano.
- Callieri B. (1985): Antropologia e psichiatria clinica. *Quaderni italiani di Psichiatria*, IV, 3, 205-233.
- Cancrini M. G., Harrison L., (1983): *La trappola della follia*. N.I.S., Roma.
- Capra F. (1975): *The Tao of Physics*. By Fritjof Capra. Tr. It.: *Il Tao della fisica*. Adelphi, Milano, 1982.
- Cardamone G., Dalle Luche R. (a cura di) (2008): *La Paranoia: psichiatria e antropologia*. ETS, Pisa.
- Cheli E. (2009): *Percorsi di consapevolezza*. Xenia, Milano.
- Cheli E., Montecucco N. (2009): *I creativi culturali*, Xenia, Milano.
- Conrad K., (1966): Le psicosi sintomatiche, in: *Psichiatria del presente*, vol. II, Vaduz, L. R. Luxusaussgaben rekord.
- De Luca A. (1995) : *Rebirthing. La terapia della rinascita*, Xenia, Milano.
- De Luca A. (1995): *La psicologia transpersonale*, Xenia, Milano.
- De Luca A. (1996): *Musica transpersonale*, Xenia, Milano.
- Eliade M. (1951): *Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*, Payot, Paris. Tr. It.: *Lo sciamanismo e le tecniche dell'estasi*, Mediterranee, Roma, 1974.
- Ellenberger H. F. (1970): *The Discovery of Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. Basic Books, New York. Tr. It.: *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*. Boringhieri, Torino, 1976.
- Erickson M. H., Rossi E. L., Rossi S. I., (1976): *Hypnotic Realities*. Irvington, New York. Tr. It.: *Tecniche di suggestione ipnotica*, Roma, Astrolabio, 1979.
- Ey H. (1975): *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, Edouard Privat, Toulouse. Tr. It.: *La teoria organodinamica della malattia mentale*, Astrolabio, Roma, 1977.
- Goleman D. (1995): *Emotional Intelligence*. By Daniel Goleman. Tr. It.: *Intelligenza emotiva*. RCS Libri, Milano, 2007.
- Grof S., Grof C. (a cura di) (1989): *Spiritual Emergency*. Tarcher, Los Angeles. Tr. It.: *Emergenza spirituale*, RED, Como, 1993.

- Grof. S. (1993): *The Holotropic Mind* (with Hal Zina Bennet). Tr. It.: *La mente ologica*, RED, Como, 1996.
- Grossmann T. (1992): *Spiritualità in Bioenergetica, Psichiatria e Territorio*, suppl. IX, 1, 41-45.
- Guénon R. (1932): *Les États multiples de l'Être*. Véga, Paris. Tr. It.: *Gli stati molteplici dell'essere*, Studi tradizionali, Torino, 1965.
- Guidano V. (1987): *La complessità del Sé*, Torino, Boringhieri, 1988.
- Guidano V. (1991): *Il Sé nel suo divenire*, Torino, Bollati Boringhieri, 1992.
- Haley J. (1973): *Uncommon Therapy*. Norton & Co., New York. Tr. It.: *Terapie non comuni*. Astrolabio, Roma, 1976.
- Hoffmann R. (1992): *Il corpo nel processo trans personale*. *Psichiatria e Territorio*, suppl. IX, 1, 47-49.
- Hoffman K. (1996): *Das Arbeitsbuch zur Trance*. Verlag, München. Tr. It.: *Viaggiare nella coscienza*. TEA, Milano, 1998.
- Ignacio H. (1992): *L'energia vitale come base della diagnosi olistica*. *Psichiatria e Territorio*, suppl. vol. IX, 1, 69-73.
- Laing R.D. (1959): *The Divided Self*, Tavistok, London. Tr. It.: *L'io diviso*. Einaudi, Torino, 1969.
- Liboff A.R. (1985): *Geomagnetic Cyclotron Resonance in Living Cells*. *J Biol Physics*, 13, 99-102.
- Liboff A.R. (2003): *The Charge-to-mass ICR Signature in Weak ELF Bioelectromagnetic Effects*. In: Lin J. (ed): *Advances Electromagnetic Fields in Living Systems*, Vol. 4, Kluwer/Plenum, New York.
- Liboff A.R., Jenrow K.A. (2002): *Physical Mechanisms in Neuroelectromagnetic Therapies*. *Neurorehabilitation*, 17, 9-22.
- Liss J. (1992): *Biosistemica e psicologia transpersonale*, *Psichiatria e Territorio*, suppl. IX, 1, 55-58.
- Liss J., Stupiggia M. (1994): *La Terapia Biosistemica*. Milano, Franco Angeli.
- Lowen A. (1958): *The language of the body*. Macmillan, New York. Tr. It.: *Il linguaggio del corpo*. Feltrinelli, Milano, 1996.
- Lowen A. (1965): *Love and orgasm*. Macmillan, New York. Tr. It.: *Amore e orgasmo*. Feltrinelli, Milano, 1996.
- Lowen A. (1975): *Bioenergetics*. Coward, McCarin & Georgen, New York. Tr. It.: *Bioenergetica*. Feltrinelli, Milano, 1983.
- Lowen A., Lowen L., (1977): *The way to vibrant health*. Harper & Row, New York. Tr. It.: *Espansione e integrazione del corpo in Bioenergetica*, Astrolabio, Roma, 1979.
- Margnelli M. (1984): *La droga perfetta*. *Neurofisiologia dell'estasi*, Riza Scienze, 3, 1-98.
- Maslow A.H. (1962): *Toward a Psychology of Being*. Van Nostrand, Princeton. Tr. It.: *Verso una psicologia dell'essere*, Roma, Astrolabio, 1971.
- Matuk E. (a cura di) (2000): *Rolando Toro: Biodanza*. Red, Como.
- Montano A. (2007): *Mindfulness. Guida alla meditazione di consapevolezza*. Ecomind, Salerno.
- Montecucco N. F. (2000): *Cyber: la visione olistica*, Roma, Mediterranee.
- Montecucco N. F. (2005): *Psicosomatica olistica*, Roma, Mediterranee.
- Naranjo C. (1994): *Character and Neurosis: An integrative View*. Gateways, Nevada City. Tr. It.: *Carattere e nevrosi*. Astrolabio, Roma, 1996.
- Naranjo C. (1999): *The Way of Silence and the Way of Words: Bringing Meditation into Psychotherapy*. Tr. It.: *La via del silenzio e la via delle parole. Portare la meditazione nella psicoterapia*. Astrolabio, Roma, 1999.
- Naranjo C., Ornstein R., (1971), *On the Psychology of Meditation*, New York, Viking.

- Navarro F. (1984): *Un autre renard sur la pathologie: la somatopsychodynamique*. EPI, Paris. Tr. It.: *La somatopsicodinamica: un nuovo sguardo sulla patologia*, Il Discobolo, Pescara, 1988.
- Navarro F. (1991): *La vegetoterapia carattero-analitica*. *Energia Carattere e Società*, I, 2, 153-170.
- Navarro F. (2000): *Somatopsicopatologia*. Idelson, Napoli.
- Navarro F. (2001): *Somatopsicodinamica delle biopatie*. IFEN, Napoli.
- Osho (1976): *Meditation: The Art of Ecstasy*, Rajneesh Foundation, Poona, India. Tr. It.: *Meditazione Dinamica. L'arte dell'estasi interiore*. Mediterranee, Roma, 1979.
- Osho (1986): *Beyond Psychology*, Osho International Foundation, Zurigo. Tr. It.: *Oltre la psicologia*. Oshoba, Tradate (Varese), 2000.
- Osho (1988): *Meditation: The First and Last Freedom*. Neo Sannyas International. Tr. It.: *Meditazione: la prima e ultima libertà*. Mediterranee, Roma, 1989.
- Pagliaro G.M. (2006): *Mente, meditazione e benessere. Medicina tibetana e psicologia clinica*. Tecniche Nuove, Milano.
- Pagliaro G.M., Salvini A. (a cura di) (2007): *Mente e Psicoterapia. Modello Interattivo-Cognitivo e Modello psicosomatico*. UTET, Torino.
- Reich W. (1949): *Charakteranalyse*. Wilhelm Reich Infant Trust Fund. Tr. It.: *Analisi del carattere*, Sugarco, Carnago (Varese), 1973.
- Rosselli M. (1992): *I fondamenti della psicosintesi in relazione alla psicologia transpersonale*, *Psichiatria e Territorio*, suppl. IX, 1, 33-37.
- Sassone R.M. (2005): *La ricerca dell'amore: un ponte tra Reich e Sri Aurobindo*. Green Volunteers, Milano.
- Schultz J. H. (1966): *Das Autogene Training*. Thieme Verlag, Stuttgart. Tr. It.: *Il training autogeno*. Milano, Feltrinelli, 1979.
- Tagliavini G., Cardamone G. (2003): *Ripensare le schizofrenie*. Colibrì, Milano.
- Tart C. T. (1975): *States of Consciousness*. Dutton & Co., New York. Tr. It.: *Stati di coscienza*, Astrolabio, Roma, 1977.
- Teodorani M. (2007): *Entanglement. L'intreccio nel mondo quantistico: dalle particelle alla coscienza*. Macroedizioni, Cesena (FC).
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967): *Pragmatic of Human Communication*. Norton & Co., New York. Tr. It.: *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma, 1971.
- Weil P. (1992), *La psicologia transpersonale e la scienza contemporanea*, *Psichiatria e Territorio*, suppl. IX, 1, 25-28.
- Wilber K. (1977): *The Spectrum of Consciousness*. Quest, Wheaton. Tr. It.: *Lo Spettro della Coscienza*. Crisalide, Saturnia, 1993.
- Wilber K., Engler J., Brown D. P. (1986): *Transformations of Consciousness: Conventional and Contemplative Perspectives on Development*. Shambala, Boston. Tr. It.: *Le trasformazioni della coscienza. Psicologia transpersonale e sviluppo umano*. Ubaldini, Roma, 1989.