

Le competenze specifiche dello Psicoterapeuta Corporeo

Documento elaborato dal gruppo di lavoro composto da:

Luisa Barbato; Maria Rita Borrello; Paola Bovo; Giuseppe Carzedda; Rosaria Filoni; Valeria Gidaro; Alessandra Giovagnoli; Christoph Helferich; Monica Ligas; Maria Luisa Manca; Patrizia Moselli; Marina Pompei; Flavia Ricci; Franca Rizzuni; Piero Rolando; Laura Salvi; Maurizio Stupiggia.

Introduzione

L'Identità Funzionale Psiche – Soma

Un terapeuta psicocorporeo ha come fondamento teorico e clinico il concetto di **Identità Funzionale psiche – soma**, originariamente definito da Wilhelm Reich e sviluppato in seguito da molti altri ricercatori che lo hanno poi declinato in specifiche modalità psico-corporee.

Questa idea fondamentale si è poi evoluta e arricchita attraverso il dialogo con altri approcci terapeutici, e soprattutto alla luce dei più recenti studi nell'ambito delle neuroscienze e della ricerca sulla relazione precoce Madre/Bambino (*infantresearch*).

Quest'ultimo aspetto è cruciale, perché è ormai ampiamente dimostrato che le interazioni precoci con la madre e con l'ambiente incidono profondamente sulla struttura globale del bambino: sulla sua identità, sul senso di sé, ma anche sulla respirazione, sulla postura, sul movimento e perfino sul metabolismo.

Se l'anatomia corporea è in gran parte determinata dall'eredità genetica, dalla nutrizione, dall'ambiente fisico e socioeconomico cui si è esposti, non di meno su essa incide il destino delle emozioni del concepito e del nuovo nato nella relazione con il *caregiver*.

Se la mutua regolazione degli affetti tra bambino e *caregiver* fallisce, quest'ultimo ricorrerà ad una regolazione autonoma, difensiva, che sarà tanto visibile nella forma del corpo quanto riconoscibile nell'organizzazione della persona adulta che ne contiene la memoria, sia implicita che esplicita.

L'Identità Funzionale psiche–soma è il riconoscimento, nell'essere umano, dell'unità indissolubile di queste due dimensioni: gli stati psicologici sono intimamente connessi agli stati corporei, e viceversa, ciò che si riscontra a livello fisico/somatico riflette e determina, parallelamente, gli stati mentali ed emozionali, anche se, fenomenologicamente, corpo e mente appaiono come entità separate (unità e antitesi dei processi corporei e mentali).

Un terapeuta psico-corporeo deve perciò essere in grado, non solo di riconoscere gli atteggiamenti e le strutture di difesa psicologica del paziente, ma anche di *risuonare* con la sua organizzazione posturale e senso-motoria. È in base alla propria risonanza (diagnosi come processo nella relazione) che potrà proporre esperienze corporee esplorative, utili a verificare le sue ipotesi diagnostiche, e in grado di aiutare il paziente ad elaborare la propria storia ed avviare un processo di crescita personale.

Il perseguimento di questi obiettivi si inserisce oggi nell'ampio processo di rinnovamento delle teorie psicologiche della conoscenza che ha posto tutti i modelli psicoterapeutici di fronte alla

necessità di avviare un processo finalizzato ad una più approfondita ri-definizione delle proprie categorie concettuali di riferimento.

La cartesiana distinzione tra mente e corpo, per esempio, è quella che forse, più di altre, ha mostrato in tutta evidenza la necessità di una ridefinizione, alla luce di queste nuove sensibilità e conoscenze.

La psicoterapia corporea è anch'essa particolarmente coinvolta in questo ambito di rinnovamento epistemologico: innanzitutto e proprio per la sua stessa maggior complessità rispetto ai modelli basati esclusivamente sulla componente verbale, e sulla presenza invece di un elemento, il corpo, che costringe a ripensare i concetti di causalità, di linearità dei processi e di inquadramento diagnostico.

Se da un lato molte delle sue originarie intuizioni hanno infatti trovato un forte sostegno nelle più recenti scoperte, che sempre più testimoniano l'unità e indissolubilità del funzionamento globale dell'organismo, concettualizzata da Reich, dall'altro lato proprio queste scoperte sollecitano una ridefinizione delle cornici concettuali fino ad oggi utilizzate come riferimento.

Possiamo così affermare che, dall'esperienza e dal lavoro clinico, comune in ambito psicocorporeo, a prescindere dalle specificità dei diversi approcci, si può ad oggi innanzitutto identificare un processo "bidirezionale", nelle due dimensioni, mentale e corporea, al fine di produrre il "cambiamento terapeutico".

Regolazione Top-Down e Bottom-Up

Tutto questo ci conduce al concetto di regolazione dei processi di elaborazione dell'esperienza sulla base della loro suddivisione in tre livelli: sensomotorio, affettivo/valutativo e cognitivo. Questa suddivisione si basa sulla teoria della struttura anatomico-funzionale del cervello proposta da Paul Mac Lean (1985): il livello sensomotorio comprende le sensazioni e i movimenti e corrisponde alla parte bassa del cervello; i processi valutativi che stanno alla base delle emozioni hanno una corrispondenza con la parte media, il sistema limbico; i processi cognitivi hanno la loro sede primaria nelle corteccie superiori. Questi tre livelli interagiscono l'uno con l'altro e si condizionano reciprocamente, funzionando come un tutt'uno, in una costante interdipendenza (Fisher & Murray 1991) e circolarità.

Schematizzando, possiamo delineare un processo circolare che si sviluppa nelle due direzioni di elaborazione dell'esperienza, nella modalità *top-down*, dall'alto al basso, e nella modalità *bottom-up*, dal cervello basso agli strati alti.

Il processo top-down inizia nella corteccia e coinvolge primariamente il pensiero e il ragionamento; modula e regola i livelli inferiori. Il processo bottom-up, d'altra parte, inizia a livello sensoriale, motorio ed affettivo/valutativo; è un processo evolutivamente più antico, fonda i processi tardivi di pensiero e rappresenta un elemento di comunanza con le altre specie animali. Molti modelli terapeutici si basano sull'idea che il cambiamento avviene attraverso un processo di espressione e formulazione narrativa, e dunque nella direzione top-down. Premessa di base in questo caso è che un significativo cambiamento nelle cognizioni e nei sistemi di valutazione di una persona induce e causa altrettanti significativi cambiamenti nella sua esperienza corporea e nel senso complessivo del Sé. Il primo *focus* è quindi il linguaggio del paziente, vale a dire il processo di narrazione: attraverso le rappresentazioni verbali vengono esplorate le credenze, gli affetti, i modelli operativi interni e tutto ciò che si ritiene fondamentale per una trasformazione del Sé.

Accanto a ciò, noi proponiamo di aggiungere l'altra metodologia di intervento, bottom-up, che ha come focus di attenzione le sensazioni, i movimenti, il respiro, il contatto corporeo e tutto ciò che ha a che fare con i livelli più arcaici e profondi del nostro cervello.

La combinazione e l'integrazione delle due direzioni di lavoro costituiscono il fulcro dell'approccio psicocorporeo, in un gioco di interscambio o di scelta clinica legata alla specificità della relazione terapeutica.

Gli studi in ambito neuropsicologico portano ad un nuovo "senso del corpo", senso molto più ricco e articolato di quanto concettualizzato nei passati decenni e tale da farci entrare in un campo di indagine nuovo, in grado di modificare e ridefinire alcuni assunti teorici.

Il concetto di causalità lineare lascia infatti il posto a quello di processo complesso e circolare; e lo stesso inquadramento diagnostico si arricchisce di elementi che ne rendono il nucleo più complesso e i confini più ricchi di sfumature.

L'altro aspetto importante che viene trasformato dall'introduzione del corpo nel setting, è quello della relazione terapeutica, nella sua dialettica interna delle dimensioni intrapsichica e intersoggettiva. Il terapeuta psicocorporeo osserva, partecipa e interviene all'interno del campo di regolazione emozionale, sia per quanto riguarda i processi individuali (autoregolazione), sia per quelli relazionali (regolazione interattiva).

È il campo di indagine di quelli che oggi possiamo identificare come micro-processi. Queste micro-interazioni stimolano o deprimono l'attivazione fisiologica (*arousal*), favoriscono o ostacolano alcune disposizioni affettive e, nel tempo, creano anche un sistema di aspettative che determina l'umore e lo stile relazionale.

Si delinea un campo di osservazione che prende in esame anche gli scambi corporei e l'interazione nella e della diade.

A questo proposito diventa utile la ricerca in ambito evolutivo: l'osservazione e la misurazione degli scambi interattivi madre-bambino nella primissima infanzia mostrano infatti, in maniera abbastanza chiara, almeno due cose:

- 1) come l'atmosfera emotiva emerga dalla relazione corporea che i due soggetti intrattengono, e come questa "danza" interattiva doni il senso agli scambi più semplici (guardare, vocalizzare, toccare, ecc.);
- 2) come sia necessario, per comprendere i primi fenomeni di nascita e di organizzazione "di senso", formulare una teoria dell'interazione che abbia caratteristiche di complessità sistemica, dato che deve descrivere situazioni in cui ogni soggetto è influenzato sia dal proprio comportamento che dal comportamento del partner. Nell'interazione stretta madre-bambino, infatti, ognuno deve monitorare il partner e contemporaneamente regolare i propri stati interni.

La causalità lineare lascia così il posto alla complessità sistemica.

Se quindi il concetto di "identità funzionale psiche – soma" risulta oggettivamente rafforzato e confermato dai nuovi studi, scoperte e osservazioni, dall'altro proprio il venir meno della sostenibilità delle originarie illusioni deterministiche su cui anche la psicoterapia corporea si è basata in passato, richiede necessariamente che lo stesso concetto di "identità funzionale", nella sua applicazione in ambito clinico, venga utilizzato tenendo conto del ruolo di variabili contesto-dipendenti, legate indissolubilmente alle soggettività coinvolte: quella del terapeuta e quella del paziente.

Una competenza essenziale dello psicoterapeuta corporeo è perciò proprio quella di essere profondamente consapevole di questo: egli valuta, risponde, interpreta e interagisce sulla base

della sua soggettività, di fronte a un'altra, unica e irripetibile soggettività in una cornice di intersoggettività.

Dominio 1

Autonomia e responsabilità nella pratica professionale

Predisporre un ambiente adeguato

Offrire uno spazio terapeutico adeguato – si parla di “*setting*”, definibile come lo spazio, il tempo, le regole di una specifica modalità di intervento psicoterapeutico.

Premesso che per “*setting*” si intende sia l'ambiente fisico, o meglio ciò che dà confine e struttura, sia il processo terapeutico vero e proprio, distinguiamo le caratteristiche dei due aspetti:

a) Setting come confine e struttura:

Ambiente fisico adatto e confortevole per permettere un efficace lavoro psico-corporeo (es. moquette – tatami – tappeti apposti sul pavimento per favorire l'appoggio dei piedi a terra senza scarpe), materassi per consentire il lavoro da distesi, cuscini, coperte, etc.

Possibile insonorizzazione dell'ambiente per preservare il lavoro espressivo del corpo e della voce.

b) Setting come processo:

Possiamo definirlo come “*setting modulato*” per l'alternanza di modalità terapeutiche che prevedono posizioni da seduti, in piedi o anche distesi orizzontalmente, ed inoltre come “*setting complesso*” per l'utilizzo, non solo della parola, ma anche della comunicazione non-verbale, il cosiddetto “linguaggio del corpo”, con le sue espressioni e reazioni, movimenti e comportamenti, manifestazioni emozionali e relazionali.

Si tratta di un *setting* molto rigoroso.

Caratteristica di questo *setting* è il “ruolo attivo” del terapeuta nell'interazione, che nella cornice inter-soggettiva deve valutare se, come e quando:

- favorire l'esperienza corporea, in accordo con il paziente, nel poter far sperimentare movimenti, suoni, voce, posture, contatto fisico, con sensibilità e competenza, regolandone la gradualità e l'intensità, nel rispetto della capacità di tolleranza del paziente;
- favorire la modulazione della respirazione, che possa far emergere sensazioni, stati d'animo, vissuti, ricordi;
- proporre cambiamenti di postura (disteso, in piedi, sdraiato, ecc.) in corrispondenza con l'esperienza terapeutica del momento;
- raccogliere i movimenti spontanei osservati nel paziente e proporre l'esplorazione corporea-emotiva-cognitiva più approfondita;
- utilizzare le sensazioni controtransferali per suggerire l'esplorazione attraverso movimenti, gesti, suoni, espressioni che approfondiscano vissuti emersi del paziente;
- introdurre il contatto fisico come potente agente curativo, con chiarezza e rispetto dei confini interpersonali. Il contatto vuole favorire il processo fisico-emozionale, avendo funzioni di: sostegno, nutrimento affettivo, vicinanza emotiva, re-imprinting genitoriale.
- elaborare le esperienze vissute, per valorizzare ciò che è emerso. Questo aiuta a trovare un senso alla storia personale, e ad attribuire un valore riparativo delle antiche ferite, ampliando la scelta attuale delle possibili soluzioni comportamentali.

Queste caratteristiche, unitamente alle regole del *setting* comuni a tutte le diverse forme di psicoterapia, (frequenza degli incontri, orario delle sedute, pagamento, etc.) costituiscono parte fondamentale del contratto terapeutico.

Dominio 5

Tecniche ed interventi

Introduzione

Gli psicoterapeuti di approccio psicocorporeo condividono l'importanza degli interventi terapeutici generali descritti nelle competenze di base (*utilizzare tecniche e interventi specifici del proprio modello, trattare il contenuto emotivo delle sedute e utilizzare interventi e strumenti terapeutici diversi da quelli specifici del proprio modello*). Il percorso di cambiamento avviene all'interno di una cornice relazionale, in cui il terapeuta *psicocorporeo* costruisce ed instaura una relazione affettiva profonda, che coinvolge terapeuta e paziente in una relazione che è più di una alleanza terapeutica. I terapeuti *psicocorporei* condividono con altri modelli l'idea che la relazione (*non la tecnica*) è centrale nella terapia; essa viene tenuta in considerazione nel suo evolversi graduale e in tutti i suoi aspetti.

L'intervento psicoterapeutico è caratterizzato da un approccio al paziente inteso come un'*identità funzionale*, un'unità psiche/soma inscindibile.

Per le specificità dell'intervento *psicocorporeo*, è ritenuto strettamente necessario e imprescindibile che ogni terapeuta abbia sperimentato su di sé all'interno di un percorso personale le specifiche tecniche di intervento che il suo modello di riferimento prevede, così da essere consapevole degli effetti che queste potranno avere. Egli sviluppa le potenzialità di tale approccio integrandole con le più recenti scoperte delle neuroscienze.

Le *competenze* dello psicoterapeuta vengono di seguito declinate in termini di *conoscenze* (5.1) e *capacità* (5.2)

5.1. Lo psicoterapeuta corporeo ha familiarità con il linguaggio del corpo e le funzioni del vivente, tra cui:

- **il respiro:** è uno dei fattori di regolazione generale dell'organismo, che interagisce con il tono muscolare di base e la mobilità delle posture. Modalità differenti di respirare sono collegate ad emozioni, scopi e situazioni differenti di vita. L'essere umano ha la potenzialità di una respirazione "piena", capace di modularsi alle varie situazioni di vita. La respirazione riapre le sensazioni, aumenta il contatto con se stessi, con le proprie emozioni e con ciò che non funziona bene nell'organismo e rappresenta uno dei punti centrali lungo tutto il percorso terapeutico.
- **il contatto corporeo:** la vicinanza e il contatto fisico sono aspetti importanti della psicoterapia corporea. Il contatto in psicoterapia può attivare una molteplicità di sensazioni, sentimenti ed emozioni, rivestendo funzioni supportive, conoscitive e trasformative. Il terapeuta ne conosce le potenzialità all'interno del processo terapeutico e tiene conto anche delle possibili implicazioni che potrebbero ostacolarne gli obiettivi. Lo psicoterapeuta è a conoscenza della rilevanza del contatto nello sviluppo del Sé nelle fasi iniziali della vita, così

come confermano i principali studi dell'*Infantresearch* quelli realizzati nell'ambito delle neuroscienze.

- **1a consapevolezza di Sé:** riguarda il proprio sé, le sensazioni del corpo, l'ascolto del corpo e il contatto con le proprie emozioni. L'assunto di base è che l'identità si sostanzia sulla realtà delle sensazioni corporee.
- **Transfert e Controtransfert ampliati:** l'approccio psicocorporeo inserisce attivamente la corporeità nella terapia attraverso il contatto visivo e fisico, il movimento, la voce. Lo psicoterapeuta utilizza consapevolmente gli elementi di peculiarità del Transfert e del Controtransfert negli interventi a matrice corporea; in particolare, essendo esperto nel sintonizzarsi con i segnali del corpo, nel controtransfert utilizza la propria risonanza somatica come strumento di comprensione dei fenomeni. La comprensione profonda dei segnali corporei propri e del paziente aiuta il terapeuta a riconoscere l'attualizzazione di memorie procedurali e ad aprire la strada alla comprensione più ampia della storia del paziente.

5.2. Lo psicoterapeuta corporeo ha la capacità di:

- far recuperare ed integrare le diverse modalità funzionali di **respirazione** utilizzando tecniche specifiche in relazione allo stato del paziente. Si parte dal respiro per recuperare il contatto con i nuclei profondi del proprio Sé e la propria regolazione emotiva.
- utilizzare il **contatto corporeo**, mantenendo attenzione alle sue diverse *finalità*, ai *confini* interpersonali, alle *dinamiche* di interazione e tenendo conto delle difficoltà relative al contatto e al tocco nel processo terapeutico. La qualità del contatto richiede consapevolezza nel terapeuta rispetto alla propria modalità di toccare e può diventare un'importante esperienza corporea/emozionale correttiva.
- osservare ed ascoltare i **segnali non verbali** del paziente nella relazione intersoggettiva (il respiro, lo sguardo e la voce, il movimento, la postura); considerare i segnali impliciti del paziente al fine di raccogliere i movimenti ed i gesti spontanei osservati per favorire una esplorazione più approfondita; raccogliere le informazioni e le sensazioni controtrasferali per suggerirne l'esplorazione attraverso espressioni che siano in tema con i vissuti emersi;
- porre attenzione al **proprio controtransfert ampliato** ai fenomeni corporei che costellano l'interazione col paziente; considerarli come un dato essenziale della relazione, riconoscerli e ricollegarli al momento e/o alla fase della terapia;
- gestire i propri **interventi** alla luce degli approcci teorici psicocorporei, in maniera **flessibile** in relazione alla specifica situazione del momento. Il terapeuta psicocorporeo è in grado di regolare le esperienze corporee/emozionali del paziente, proponendo lavori rispettosi dei tempi del paziente. In tal senso egli è in grado di muoversi lungo la dimensione esplorazione – attivazione – contenimento.
- lavorare sui diversi livelli del Sé al fine di raggiungere l'**integrazione** (consapevolezza – vissuto corporeo). Il presupposto dell'unità *psiche/soma* prevede una stretta interrelazione tra i piani di funzionamento umano (l'area delle emozioni; il piano della struttura morfologica del corpo, della postura, dei movimenti; quello degli apparati fisiologici interni all'organismo; il piano del razionale, del simbolico, dell'ideativo) per cui ognuno di questi influenza gli altri. L'azione terapeutica quindi deve tener conto e comprendere interventi che agiscano su tutti i livelli di funzionamento. L'intervento *psicocorporeo*, proprio perché integrato, va ad agire su tutti i livelli, tenendo conto di tali interrelazioni e reciproche influenze. L'obiettivo e il punto di arrivo di ogni percorso terapeutico, pur nella specificità di ogni singolo modello, è l'integrazione. Obiettivo comune è ricreare una profonda integrazione che renda la persona più competente

e adeguata nei vari contesti e capace di riscoprire il piacere nelle relazioni interpersonali e nella vita.

Dominio 9

Supervisione, intervizione e valutazione critica

Supervisione

La Supervisione costituisce uno spazio in cui prendersi cura della relazione e del processo terapeutico. Per essere efficace, deve dar vita ad un campo relazionale in cui sia possibile far circolare liberamente sensazioni, emozioni, fantasie, immagini e pensieri appartenenti ai partecipanti.

Il processo di supervisione si propone di facilitare la comunicazione di difficoltà ed “impasse”, rendendo il terapeuta fiducioso nel suo essere mancante, in quanto anche il supervisore si pone come aperto ed incompleto. La capacità di accettazione ed elaborazione di tale incompletezza, costituisce un punto di riferimento fondamentale del lavoro.

Il processo di supervisione aiuta il terapeuta a comprendere cosa si stia riattualizzando in quel momento nella relazione con il paziente; favorisce il percorso di crescita personale e professionale del terapeuta agevolandone la valorizzazione delle risorse e lo sviluppo dello stile personale.

Nel corso del processo di supervisione vengono utilizzati gli stessi metodi e le stesse tecniche delle terapie con i pazienti, pertanto non può prescindere da:

- consapevolezza del corpo e del respiro*
- comprensione del linguaggio espressivo del corpo*
- attenzione alla risonanza corporea.*

Dominio 10

Etica e sensibilità culturali

Lo psicoterapeuta corporeo riconosce la centralità del corpo all'interno del modello bio – psico – sociale di salute e pone l'etica al centro della propria prassi professionale.

Lo psicoterapeuta corporeo è consapevole del possibile impatto del proprio approccio terapeutico sul comportamento e sul sistema di valori personali e culturali del paziente; egli rispetta l'atteggiamento della persona verso il proprio corpo, la propria identità corporea – sessuale e di genere, i propri valori circa l'immagine corporea, il piacere e l'auto – realizzazione.

Allegati

Le competenze bioenergetiche: tra storia ed evoluzione del modello

La conoscenza approfondita dell'organizzazione della personalità secondo il modello della Scuola analitico-caratteriale (Reich – Lowen), e l'applicazione delle specifiche metodologie di intervento, hanno storicamente rappresentato il primo territorio teorico-clinico nel quale si sono formati i terapeuti bioenergetici.

L'assunto centrale su cui il modello dell'Analisi Bioenergetica è stato formulato da Lowen è innanzitutto quello reichiano di "identità funzionale psiche-soma", che ha seguito in varia misura ad essere di riferimento anche in molte concettualizzazioni teorico-cliniche che sono seguite. Il concetto di carattere, prima reichiano, poi approfondito e ampliato da Lowen, con le sue complementari correlazioni psicologiche e somatiche, ha costituito storicamente uno dei fondamenti su cui il modello è stato originariamente concepito, proprio partendo dal concetto di identità funzionale psiche-soma. E comunque, Reich prima e Lowen poi, ereditarono la teoria freudiana della libido.

L'analisi bioenergetica (Lowen, 1958) si è inserita in questa corrente, facendo della sessualità l'asse della pratica clinica.

Questa teoria si basa sul postulato che ogni manifestazione emotiva sia una manifestazione della pulsione sessuale. Il paradigma che ne discende è: *l'emozione è un segnale pulsionale che esprime la ricerca o la soddisfazione di un desiderio sessuale.*

Nella stessa epoca, le osservazioni degli etologi (Harlow, 1958) introdussero un altro punto di vista: le espressioni emotive, sia negli animali che negli esseri umani costituiscono la prima forma di comunicazione che ha come scopo lo scambio interpersonale.

Bowlby (1969) ne dedurrà la sua teoria dell'attaccamento umano.

Il paradigma che ne discende è: *l'emozione è un segnale comunicativo che esprime la ricerca o la soddisfazione di un bisogno di attaccamento.*

L'analisi bioenergetica contemporanea si è valsa di questa seconda prospettiva (Tonella, 2009) riconoscendo che l'istinto di attaccamento è sempre presente dall'inizio della vita ed è strutturante quanto quello sessuale. Nello sviluppo normale, queste due condotte e obiettivi si intrecciano ed intrattengono rapporti dialettici. La clinica mostra che le forme difettose di attaccamento (Bowlby, 1969, 1973, 1980) e di erogenizzazione primaria (Prayez, 1994) o le loro reciproche articolazioni sottostanno all'insieme delle problematiche pregenitali (di ordine psicotico, schizoide, orale, borderline, narcisistico e perverso).

L'assunzione del concetto che la relazione di attaccamento può essere considerata una delle variabili fondamentali all'interno del processo di costruzione del Sé, ha anche rappresentato un elemento centrale nel passaggio da un modello storicamente concepito e concettualizzato secondo una logica mono-personale, molto di derivazione medica in senso classico (soggetto/terapeuta che interviene sul paziente/oggetto dell'intervento), a un modello sempre più calato in una logica bi-personale, in cui la relazione terapeuta-paziente costituisce un elemento centrale e determinante rispetto al corso e al risultato che viene raggiunto in una psicoterapia.

Questa evoluzione ha determinato un passaggio dal modello originariamente basato su una matrice essenzialmente pulsionale, a uno sempre più attento alla dimensione relazionale e intersoggettiva particolarmente sensibile, inoltre, anche ai contributi dei più moderni studi dell'*InfantResearch* e quindi ai processi di rottura e riparazione nelle interazioni diadiche e a quelli di co-regolazione emotiva operanti all'interno della relazione terapeutica (Tonella, 2011, 2013).

In questo scenario evolutivo del modello, anche il *focus* sulle competenze dello psicoterapeuta si è

modificato e aggiornato in funzione delle nuove conoscenze e sensibilità.

Questa evoluzione si poggia su un passato fatto di competenze ancora oggi quanto mai attuali e che di seguito vogliamo, seppur a grandi linee, ricordare.

In particolare molta attenzione seguita ad esser dedicata alla comprensione del concetto di “*flusso energetico nel corpo*”, e quindi ai modelli di *arousal* ricorrenti nelle interazioni relazionali a partire dalle fasi precoci di sviluppo ed ai modi in cui queste connessioni energetiche influenzano lo sviluppo della regolazione emozionale e il normale sviluppo biologico.

Ciò, schematizzato nei termini di *competenze dello psicoterapeuta*, si traduce in:

- Capacità di leggere il corpo e comprendere la struttura caratteriale (analisi del carattere) a partire dal corpo, considerandone la forma, la motilità, l’allineamento e la qualità dei movimenti espressivi.
- Capacità di comprendere la struttura comportamentale e cognitiva del paziente.
- Capacità di cogliere i nessi tra il sistema difensivo caratteriale (di personalità), come si manifesta nella struttura corporea, e i problemi esistenziali portati attualmente dal paziente.

Per Lowen la conoscenza del carattere rappresenta il ponte che permette al terapeuta di giungere più velocemente alla comprensione delle problematiche e ai traumi evolutivi dell’altro (Lowen, 1978).

Quindi la profonda conoscenza del carattere diventa anche un’importante competenza diagnostica, che contraddistingue il terapeuta bioenergetico. Ciò comporta inoltre la presenza nel terapeuta di una competenza che richiede conoscenza, consapevolezza ed empatia. In questo modo non si ha una via meccanicistica della diagnosi del carattere (Lowen, 1983).

Questo implica la capacità di:

- favorire/sviluppare la personale consapevolezza corporea;
- dare senso e significato ai vissuti emotivi evocati dall’esperienza;
- raggiungere (favorire) una conoscenza di Sé attraverso l’esplorazione dei diversi distretti corporei e della corporeità nel suo complesso;
- riconoscere le emozioni connesse con i vissuti corporei;
- identificare i bisogni psichici del paziente a partire dalle tracce di carenza inscritte nel corpo;
- notare gli indizi corporei dei traumi;
- rilevare le componenti corporee dei conflitti;
- ravvisare le risorse corporee a cui attingere per generare processi riparativi;
- comprendere i significati del linguaggio espressivo inconsapevole del corpo;
- ascoltare i propri ‘segnali’ corporei interni ed utilizzarli nel “qui ed ora” col paziente;
- leggere i processi corporei involontari di espansione e contrazione, come si palesano nei cambiamenti di ritmo e di forma del respiro, nei loro nessi con la dinamica relazionale in atto a livello implicito;
- saper trasformare queste intuizioni in proposte di lavoro corporeo all’interno della seduta e del processo terapeutico.

A queste *competenze*, appartenenti alla formazione classica degli analisti bioenergetici oggi potremmo aggiungere, seppur con nessuna pretesa di essere esaustivi:

- integrare le funzioni del Sé nella dimensione intersoggettiva;
- individuare e regolare i processi di rottura e di riparazione nella interazione diadica;

- utilizzare nella interazione diadica le funzioni di contenimento, *holding*, *handling*, *grounding*, regolazione ed auto-regolazione;
- utilizzare adeguatamente il contatto corporeo nella costruzione del legame terapeutico intersoggettivo;
- favorire il costituirsi dell'alleanza terapeutica;
- riconoscere e gestire i processi di rottura e riparazione nelle interazioni diadiche;

A partire da queste considerazioni potremmo ipotizzare che nell'incontro tra terapeuta e analista bioenergetico/a quest'ultimo esercita competenze che possiamo raggruppare in 7 aspetti (Cockburn, 2013).

Primo aspetto: la *soggettività competente* del terapeuta

Questo primo aspetto è rappresentato dai valori che il terapeuta cerca di mantenere nel suo lavoro e che possono essere riassunti in alcuni punti:

- è utile che il terapeuta si consideri un "principiante perpetuo" (Husserl, in Orange 2010, p. 4), in quanto il paziente è una "singolarità" irripetibile;
- il riconoscimento della radicale asimmetria tra paziente e terapeuta. A causa di essa, al paziente è dovuto a un dovere infinito di cura (Levinas, 1996) al meglio della capacità del terapeuta e senza pretesa di perfezione da parte di quest'ultimo.
- Una posizione intrinsecamente etica proviene dall'essere incarnati nel mondo (Levinas, 1996). Le nostre tre più grandi esperienze sono: la mia esperienza del mio corpo in quanto sono nel mondo; la mia esistenza intersoggettiva con altri corpi; la mia relazione etica con altri corpi (Ricoeur, 1992, p. 317).
- La consapevolezza realistica della presenza della cattiveria e della debolezza umana nel mondo che accompagnano "dubbi su me, ansia, timore, vergogna, colpa, noia, punti ciechi, lussuria, invidia, odio e terrore" (T. Ogden & Gabbard 2009, p. 90).
- Il terapeuta cerca di rimanere "radicalmente operativo" con mente e corpo disponibili ai processi di transfert e controtransfert mantenendo con la mente e il corpo un'attenzione "ininterrotta" (Freud 1912, p. 111), o "senza memoria o desiderio" (Bion 1970, p.41) cercando di lasciare spazio alla nascita di qualunque cosa appaia momento per momento piuttosto che l'ansia di prestazione chiuda l'apertura a ciò che è "così semplicemente presente". Questo è uno dei vantaggi del lavoro corporeo, in quanto questo processo è tanto somatico – sensoriale - affettivo quanto cognitivo.
- L'impegno nella supervisione è un elemento importante per mantenersi aperti. Significa poter parlare degli errori, delle paure, degli aspetti controtransferali e delle eventuali confusioni in un rapporto di sostegno e fiducia.

Secondo aspetto: l'ascolto

Le parole trasmettono molto sull'esperienza corporea e psichica delle persone. Possono contenere ed esprimere la gamma completa della realtà conscia e inconscia; contengono il passato delle persone e anche la promessa del loro futuro. Possono indicare ciò che "non è ancora detto" nelle risorse infinite della vita (Gadamer, 1975).

Quindi il terapeuta è capace di ascoltare attentamente le *parole chiave* e le frasi utilizzate dai pazienti per descrivere i problemi e i temi che li portano in terapia, così come presta attenzione a come esprimono i loro obiettivi, le parole significative o le frasi. Queste espressioni possono essere la parte emergente di un *iceberg* di significati.

Terzo aspetto: lo sguardo del terapeuta

Il terapeuta deve *saper guardare* il paziente: guardare come parla – con la testa abbassata o girata da uno o l'altro lato; se gli occhi entrano in contatto o mostrano traumi, o evitano; l'espressione della bocca; se c'è una divisione tra la parte superiore e quella inferiore del volto, una separazione tra il lato sinistro e destro del viso o del corpo; se i pazienti respirano - quanto e dove? (petto/addome); se c'è movimento o immobilità negli arti e nel tronco o come stanno seduti. È importante notare se la muscolatura ha caratteristiche rigide, flaccide o miste e se il corpo rimanda un'immagine di frammentazione tra le varie parti.

Quarto aspetto: sentire

Il terapeuta *sente* nel suo corpo quali sentimenti, il paziente esprime. Se è iper contenuto/a o inondato/a dalle emozioni. Utilizza anche le proprie reazioni al paziente per cominciare a comprenderlo/a in aggiunta a quanto il paziente dice di sé. In sintesi, cerca di ottenere una prima impressione dal suo allineamento corporeo, dalla *forma della mente* e del linguaggio e dalla forza del desiderio di cambiamento.

Quinto aspetto: famiglia e segnali sociali

All'inizio del percorso il terapeuta lascia che il paziente racconti la propria storia e situazione familiare, lasciando che queste informazioni diventino più ricche man mano che la relazione si approfondisce. Cerca di comprendere in che modo la famiglia abbia favorito il maturare delle risorse della persona o sia stata fonte di frustrazioni o traumi. Ascolta e cerca di capire se ci sono indicazioni di disfunzioni familiari e traumi: se il paziente ha avuto esperienze di privazione relazionale, di conflitto o invasione. Questo aiuta a comprendere le complessità dei modelli familiari sapendo che ogni sistema è unico, con un proprio lessico di significati e associazioni, con la propria storia di fede, divisioni, coalizioni, segreti e modi di fare le cose (Hoffman 1981 e 2002). Il *radar* del terapeuta cerca segni di ruoli disfunzionali o storie di traumi intergenerazionali e cerca di comprendere come la storia familiare e sociale della persona si rende evidente nella forma e postura corporea del paziente.

Sesto aspetto: l'emergere di un'immagine o di una metafora

Può essere molto ricca l'esperienza di lasciar emergere un'immagine o una metafora in particolare riguardo due aspetti: "il paziente lotta per essere..." e quale sia "il suo sé ineffabile". Questo è più che empatia (Orange 2009, p. 88), è un modo di cercare l'umanità che condividiamo come esseri umani; ha a che fare con il riconoscere la lotta del paziente per mantenere la sua integrità; è essere aperti a ciò che Bob Lewis (2008) chiama "la risonanza interna dei segreti confusi", quello che Reich definì "il residuo indefinibile oltre la portata" e Spinoza (in Damasio 2003, p. 36) e Levinas definiscono il "conatusessendi" - la lotta per esistere o essere.

A volte questo movimento nasce dal profondo e arriva come immagine, simbolo o metafora. Queste immagini primitive possono provenire dal "non ancora detto" somatico e dall'esperienza sensoriale del paziente e/o del terapeuta. Queste immagini che rimandano ad un "corpo a corpo" immediato possono essere piuttosto potenti, possono emergere dall'inconscio collettivo o da quello personale.

Settimo aspetto: l'introduzione del lavoro corporeo

Questo è in realtà l'aspetto più semplice ma, per molti versi, spesso anche il più difficile da far assimilare ai nostri pazienti. Essi arrivano infatti nei nostri studi pieni di domande, pieni di "perché": ritengono che poter rispondere razionalmente ai diversi quesiti nei quali, magari da anni, si arrovellano, rappresenti la chiave per la soluzione dei loro problemi. Insegnare loro a sospendere questa ricerca, spesso ossessiva, di risposte e imparare innanzitutto a fermarsi al "percepire il qui e ora" (percezione e consapevolezza dei propri appoggi corporei, del proprio respiro ecc.) rappresenta uno degli elementi chiave in grado di rendere l'esperienza psicocorporea dell'Analisi Bioenergetica realmente trasformativa: esperienza dove il "cosa penso di me e su di me" è sostituito dallo spesso ben più proficuo "cosa sento in me".

Bibliografia

- Bion, W. (1970). *Attention and Interpretation*. New York: Jason Aronson.
- Bion, W. (1990). *Brazilian Lectures*. London: Karnac.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Cockburn, G. (2012). An Object Relations Perspective on Bioenergetics and Pre-Oedipal Transferences. *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis*, 22,29-55.
- Cockburn, G. (2013). Seeing what is so simply present. Learning To Be A Bioenergetic Therapist. *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis*, 23,75-100.
- Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza*. New York: Harcourt.
- Freud, S. (1912). *Recommendations to Physicians Practicing Psycho-Analysis*. S.E.Vol. XII. London: Hogarth Press.
- Gabbard, G., Ogden. T. (2009). On becoming a psychoanalyst. *Int. J. Psychoanal*, 90,311-327.
- Gadamer, H. (1975). *Truth and Method*. New York: Crossroad.
- Harlow H. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 3, 673-685.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of Family Therapy*. New York: Basic Books.
- Hoffman, L. (2002). *Family Therapy: An Intimate History*. New York: W.W. Norton & Co.
- Hilton, R. (1989). Narcissism and the Therapist's Resistance. *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis*, 3,2.
- Lewis, R. (2008). The clinical theory of Lowen, his mentor Reich, and possibly all of us in the field, as seen from a personal perspective. *The USA Body Psychotherapy Journal* 7, 35-59.
- Levinas, E. (1996). *Basic Philosophical Writings*. Bloomington: Indiana Uni. Press.
- Lowen, A. (1978). *Il linguaggio del corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Lowen, A. (1978). *Amore e orgasmo*. Milano: Feltrinelli.
- Lowen, A., Lowen, L. (1979). *Espansione e integrazione del corpo in bioenergetica*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Lowen, A. (1980) *La depressione e il corpo*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Lowen, A. (1982). *Il tradimento del corpo*. Roma: Edizioni Mediterranee.
- Lowen, A. (1982). *Paura di vivere*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Lowen, A. (1983). *Bioenergetica*. Milano: Feltrinelli.
- Lowen, A. (1984). *Il piacere. Un approccio creativo alla vita*, Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Lowen, A. (1985). *Il narcisismo. L'identità rinnegata*. Milano: Feltrinelli.
- Lowen, A. (1989). *Amore, sesso e cuore*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Lowen, A. (1990). *La spiritualità del corpo*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.

- Lowen, A. (1994). *Arrendersi al corpo*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Lowen, A. (2009). *La voce del corpo*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Lowen, A. (2011). *Onorare il corpo*. Milano: Xenia.
- Maley, M. (2006). Shock, Trauma and Polarization: Finding Unity in a World of Polarities. *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis*, 16, 49-62.
- Moselli, P., D'Amelio B. (2011). Le intuizioni del corpo: da Reich a Lowen. Idee in psicoterapia.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis*. New York: Guilford Press.
- Orange, D. (2010). *Thinking for Clinicians*. New York: Routledge.
- Prayez, P. (1994). *Le toucher en psychothérapie*. Paris: Hommes et Perspectives, EPI.
- Reich, W. (1935). *Character Analysis*. New York: The Noonday Press.
- Ricoeur, P. (1967). *The Symbolism of Evil*. New York: Beacon Press.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. Chicago: University of Chicago Press.
- Schroeter, V., Thompson, B. (2011). *Bend into Shape*. Encinitas: Schroeter&Thompson.
- Shapiro, B. (2006). Bioenergetic Boundary Building. *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis* 16, 155-178.
- Tonella, G. (2009). Il Sé, una continuità psico-corporea. Memoria procedurale e terapia psico-corporea. *CorpoNarrante*, 1, 1-13.
- Tonella, G. (2009). Paradigmi per l'Analisi Bioenergetica all'alba del XXI secolo. N. Cinotti, C. Zaccagnini (Ed.), *Analisi bioenergetica in dialogo*. Milano: Franco Angeli.
- Tonella, G. (2011). Una memoria per il corpo. *CorpoNarrante*, 4, 1-25.
- Tonella, G. (2013). Il Sé: le sue funzioni, i processi di attaccamento e le sue interazioni. N. Cinotti, M.R. Filoni (Ed.), *Manuale di Analisi Bioenergetica*, 60-109. Milano: Franco Angeli.

SOCIETÀ ITALIANA BIOSISTEMICA

L'Orientamento teorico

Biosistemica è il nome di un approccio terapeutico integrato a mediazione corporea che riassume in sé le sue dirette ascendenze: la componente biologica e quella sistemica. Il disagio psicocorporeo è affrontato a partire dall'unità corpo-mente.

Tale unità si rispecchia nell'**emozione**, intesa come evento psicosomatico per eccellenza in cui le sensazioni corporee si incontrano con i pensieri.

Da una parte i modelli neurofisiologici di H.Laborit, E. Gellhorn e G. Edelman e il modello embriologico di Boadella e Liss, rappresentano la sua base biologica, e dall'altro le riflessioni di von Bertalanffy, Bateson e Morin costituiscono lo sfondo sistemico.

All'interno di quest'articolazione si situa l'intervento terapeutico che, riprendendo temi e modi della psichiatria fenomenologica (Laing, Cooper) e della prospettiva intersoggettiva in psicoanalisi (Stolorow), affronta la problematicità del rapporto mente-corpo in tutta la sua complessità.

La sua originalità sta nella possibilità di intervenire non solo sui processi individuali ma in contesti di coppia e di gruppo con un modello psicocorporeo che permette di connettere gli elementi verbali allo scenario globale fatto di movimenti, posture e vissuti corporei.

Apprendere dall'esperienza

Il Metodo Biosistemico, in ambito sia clinico che formativo, coerentemente alla concezione umanistico-esistenziale della persona intesa come sistema complesso composto da diverse dimensioni (razionalità, emotività, corporeità, socialità,) che lo sottende, si fonda su alcuni principi base.

Il più importante è senz'altro la grande importanza data al vivere l'esperienza, alla pratica, alle sperimentazioni dirette, all'aspetto empatico della relazione e dell'insegnamento. Così come nel setting terapeutico il paziente viene considerato protagonista e il suo coinvolgimento diretto è un punto chiave nel successo della crescita personale, in ambito formativo l'azione viene centrata sui processi di apprendimento più che su quelli di insegnamento, favorendo il ruolo critico e creativo dei partecipanti che diventano co-costruttori del processo di conoscenza.

L'acquisizione dei contenuti avviene attraverso la pratica, l'esperienza, il fare (living learning) e non solo attraverso il verbale. Infatti, sono gli allievi, e non i docenti, che elaborano una comprensione teorica dopo l'Ascolto Profondo e la trasformazione delle emozioni. In questo modo l'Apprendimento Attivo garantisce allo studente di rimanere protagonista della propria formazione. Inoltre, il momento di concettualizzazione è integrato con l'esperienza della condivisione profonda, living-learning experience, ossia un'esperienza di vissuto e di apprendimento integrata.

Un'altro aspetto fondamentale è la valenza formativa del gruppo che si configura come elemento di complessità e di ricchezza. Infatti il contributo di ogni singolo partecipante consente l'integrazione di punti di vista e prospettive differenti, la conoscenza di esperienze di vita lontane dalla propria, l'esplorazione di vissuti con i quali è possibile entrare in risonanza, attraverso meccanismi di identificazione, e continuare ad approfondire il lavoro su di sé.

Inoltre, all'interno del gruppo, che si configura come contenitore per eccellenza di emozioni profonde, è possibile affrontare stati d'animo fortemente traumatici e dolorosi sentendo l'appoggio e il sostegno degli altri – anche attraverso il contatto corporeo – sviluppare il sentimento di fiducia e interiorizzare vissuti di riparazione. Il gruppo è anche propulsore di

dinamiche interindividuali sulle quali è possibile lavorare in termini di apprendimento di gestione di dinamiche di gruppo e di relazioni interpersonali, oltre che per entrare in maggior contatto con l'immagine che gli altri ci rimandano di noi stessi.

Il Modello neurofisiologico di Gellhorn

Il simpatico ed il parasimpatico, le due componenti del Sistema Nervoso Autonomo, regolano le funzioni dell'organismo ed influiscono sul metabolismo di ogni cellula.

Il simpatico consente l'attivazione dell'azione e prepara l'organismo a risposte di emergenza con un aumento del battito cardiaco, uno spostamento del sangue verso i muscoli ed un aumento del respiro con dispendio di energia.

Il parasimpatico consente l'attivazione delle funzioni del riposo e del recupero energetico, controbilanciando gli effetti del simpatico, rallentando i battiti cardiaci, spostando il sangue verso il tratto digerente, stimolando la peristalsi e aumentando le secrezioni digestive con recupero di energia.

Se i due sistemi lavorano simultaneamente i loro effetti si sommano scaricandosi l'uno sull'altro e viene a mancare il rimbalzo, ovvero il completamento della scarica del simpatico, con cui l'attività del medesimo si riduce, con aumento dell'attività del parasimpatico e viceversa. Si crea in questo modo un nodo simpatico/parasimpatico, che assume le dimensioni e le caratteristiche di un vero e proprio nodo emotivo (Ernst Gellhorn).

E vi è una stretta correlazione tra nodi emotivi e malessere generale della persona. Abbiamo infatti, in questi casi, due tipi di disfunzione:

1. con il predominio del simpatico si generano emozioni di rabbia, ira, frustrazione, irritabilità e sintomi come agitazione, nervosismo, palpitazioni, insonnia;
2. con il predominio del parasimpatico si generano emozioni di vulnerabilità, senso di ferita e/o di colpa, paura, tristezza e sintomi come depressione, affaticamento, nausea, vomito, diarrea, stitichezza.

A livello di intervento terapeutico l'obbiettivo è ripristinare l'alternanza armonica fra le due funzioni per ricreare condizioni di benessere, caratterizzato da emozioni di gioia attiva, a livello del simpatico, e di fusione e piacere, a livello del parasimpatico. Questo schema aiuta il terapeuta a stimolare nel paziente l'approfondimento e la trasformazione delle emozioni, al fine di provare, successivamente, sollievo e desiderio di cambiamento e di nuova iniziativa a livello dell'azione personale.

Il Modello neurofisiologico di Laborit

L'ipotesi sottesa al Modello neurofisiologico di Henri Laborit è che i disturbi emotivi e/o psicosomatici derivino da un'inibizione all'azione prologata nel tempo.

Questa si verifica quando il sistema di inibizione dell'azione (SIA), per cui la persona non reagisce ad un ostacolo esterno ma scarica dentro di sé le reazioni di attacco e fuga, prevale sul sistema di attivazione dell'azione (SAA) che consente l'allontanamento (fuga) da uno stimolo esterno percepito come minaccioso e l'avvicinamento o l'attacco (lotta) verso uno stimolo esterno percepito rispettivamente come attraente o distruttivo.

A livello di intervento terapeutico l'obiettivo è la disinibizione dell'azione, a partire dai gesti, dai movimenti e dalle azioni del paziente, connessi a pensieri e vissuti emotivi che potranno essere esplicitati ed espressi.

Integrando il modello di Laborit con quello di Gellhorn, possiamo affermare che i disturbi emotivi e/o psicosomatici derivano da un'inibizione all'azione prolungata nel tempo che blocca il normale funzionamento di alternanza tra simpatico e parasimpatico.

L'empatia corporea

In biosistemica il termine empatia, ovvero la capacità di immedesimarsi in un'altra persona fino a coglierne i pensieri e gli stati d'animo, assume un significato più esteso che include anche la dimensione della corporeità. L'empatia infatti viene intesa come costante lavoro di ricerca e di adattamento delle proprie esperienze al materiale che il paziente offre, a livello cognitivo, emotivo e corporeo.

Rispetto al primo creiamo spontaneamente un'immagine che rappresenta ciò che il paziente ci racconta; per il secondo ci immedesimiamo nell'emozione dell'altro ed infine, in merito al terzo, rispecchiamo la postura, l'espressione non verbale, il tono e il ritmo di voce dell'altro. Relativamente a quest'ultimo punto, che favorisce l'empatia corporea, dobbiamo rifarci alle ricerche di Daniel Stern sulla relazione madre – bambino, per comprendere cosa succede a livello di comunicazione implicita/corporea tra due persone, a qualunque età e livello di sviluppo.

Stern ci mostra e descrive accuratamente, nel suo lavoro sulle relazioni precoci, il fenomeno della "sintonizzazione" (*attunement*) corporea a livello di ritmo, forma ed intensità. Senza questa "sintonizzazione," il bambino può diventare, nelle relazioni interpersonali, inibito (predominanza del parasimpatico), oppure aggressivo (predominanza del simpatico), privato della capacità di "rispecchiamento spontaneo" dei gesti altrui. Quindi nell'incessante processo di adattamento reciproco di madre e figlio, nella ricerca costante della sintonizzazione dell'uno con l'altro, sta la base della futura capacità di comunicare e di essere in relazione.

Sappiamo però nel contempo, seguendo E. Tronick, che l'esperienza della regolazione interattiva non si realizza solo attraverso momenti di incontro felici o di corrispondenza (*matching*), ma anche attraverso momenti di riparazione (*mismatchingrepair*) successivi alle inevitabili occasioni di rottura relazionale (*mismatching*): l'interazione si compone cioè di fasi di regolazione continua, è la trama continua di una storia sempre aperta. Le ricerche di D. Stern e E. Tronick sono per noi importanti, perché costituiscono la base esplicativa di un modello che descrive ciò che avviene, anche tra adulti, a livello di comunicazione corporea, e di conseguenza, tra paziente e terapeuta. Ciò vuol dire che in biosistemica, essere in empatia non è tanto uno stato fissato una volta per tutte, quanto un continuo processo fatto di una serie di tentativi, errori e correzioni di rotta che dimostrano come essa sia una continua e mai finita attività.

In base alle considerazioni sopra riportate, è possibile quindi affermare che nell'ambito di un rapporto terapeutico, un aspetto fondamentale della cura è la relazione: la persona ha la possibilità sia di essere accolta per riuscire a stabilire un rapporto di fiducia ed esprimere liberamente le proprie emozioni, sia di acquisire modalità interpersonali positive, di apprendere la capacità di sintonizzarsi con l'altro e di poter riparare le modalità relazionali disfunzionali fino a quel momento acquisite.

La trasformazione delle emozioni

Secondo il metodo Biosistemico, lo sviluppo personale richiede due fasi:

1. L'esplorazione e l'approfondimento delle emozioni;
2. La costruzione per il futuro.

Durante la prima, l'esplorazione delle emozioni (angoscia, paura, delusione, tristezza, rabbia ecc), il cliente è incoraggiato a confrontarsi, in misura graduale e tollerabile, con i sentimenti che sono alla base della sua sofferenza.

L'accoglienza e il non-giudizio del terapeuta gli permettono di "entrare" nelle immagini, nei pensieri, nelle sensazioni del corpo e nelle emozioni connesse ai vissuti dolorosi.

L'approfondimento delle emozioni, poi, con successivo ripristino del corretto funzionamento dell'intero sistema, porta il cliente alla sensazione di sollievo. E' questa forse la fase più delicata e cruciale del processo terapeutico, dato che il lavoro si concentra sui contenuti profondi del vissuto personale per coglierne i punti di lacerazione e di strappo, e per cercare una ri-connessione dalla radice.

Di qui comincia la seconda fase, la costruzione per il futuro, durante la quale il paziente si interroga su come agire, su quali iniziative intraprendere nel futuro per superare o, almeno, diminuire il suo problema.

La scelta operata dal paziente rispetto a diverse alternative possibili, viene, all'interno del setting, simulata ed espressa ovvero praticata. Varie tecniche espressive (psicodramma, role-playing, gesto chiave, ecc.) vengono utilizzate per "trasformare una buona intenzione in un'azione reale": ciò crea una memoria corporea che infonde sicurezza al paziente, in quanto esperienza vissuta "come se" fosse nella realtà.

In questo modo il lavoro emotivo crea un ponte verso la vita quotidiana in cui verranno intrapresi i cambiamenti concreti.

Bibliografia

- Boadella D., Liss J., *Lapsicoterapia del corpo*, Astrolabio, Roma, 1986.
- Boadella D., *Biosintesi*, Astrolabio, Roma, 1987.
- Kignel R., *Body, movement and dance psychotherapy*, Routledge, Taylor and Francis Editors, England, 2012.
- Laborit H., *L'inibizione dell'azione*, Il Saggiatore, Milano, 1986.
- Laing R. D., *La politica dell'esperienza*, Feltrinelli, Milano, 1968.
- Liss J., *L'ascolto profondo*, Edizioni La Meridiana, Molfetta (BA), 2004.
- Liss J., Stupiggia M. (a cura di), *La Terapia Biosistemica*, FrancoAngeli, Milano, 1994.
- Morin E., *Il metodo*, Feltrinelli, Milano, 1992.
- Stern D., *Il momento presente*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.
- Stolorov R., Atwood E. G., *I Contesti dell'essere*, Boringhieri, Torino, 2001.
- Stupiggia M., *L'emergere del senso dalla corporeità*, Versus, Milano, 2003.
- Stupiggia M., *Il corpo violato*, La Meridiana, Molfetta (BA), 2007.
- Stupiggia M., Lopez G., "Biosistemica nelle situazioni estreme. Un approccio psicocorporeo al trauma" in Cristofori F., Giommi E. R. (a cura di), *Il benessere nelle emozioni*, Edizioni La Meridiana, Molfetta, Bari, 2009.
- Stupiggia M., (2013). "From Hopeless solitude to the sense of being – with". *International Journal Body Psychotherapy*, USABP, USA.

PUNTI TEORICI DISTINTIVI DEL NEO-FUNZIONALISMO

Mente-corpo

Per superare la dicotomia corpo-mente si doveva pensare ad una unitarietà di fondo degli organismi umani senza ricadere negli errori del riduzionismo e del meccanicismo, e senza restare intrappolati nel concetto di “parti” (che non sono il tutto, e che sono in contrapposizione e conflitto tra di loro), o in totalità troppo generiche e astratte.

Era necessario, dunque, un vero e proprio salto concettuale ed epistemologico che potesse prendere in considerazione l’unitarietà mente-corpo riuscendo a guardare (in una sfida alla complessità) il tutto e i dettagli al contempo.

Funzioni e Funzionamenti di fondo

Questo salto epistemologico risiede nelle concezioni di base del *Funzionalismo moderno* vale a dire nelle concezioni di “Funzione” e di “Funzionamenti di fondo” (Rispoli, 1993-2004-2016).

Si tratta di una visione di un Sé multidimensionale in cui si osserva la persona nella sua totalità costituita dalle Funzioni, ognuna delle quali rappresenta l’intero Sé, mentre i “Funzionamenti di fondo” (o Esperienze di Base in età evolutiva), sono le modalità con cui si pone il Sé nel mondo.

Il punto importante è l’essere passati da concezioni che riguardano parti, strutture, o soltanto rappresentazioni mentali, a concetti innovativi importanti: l’*organizzazione*, il *funzionamento*.

Le Funzioni

Non ci sono mente e corpo, non ci sono parti, ma *Funzioni psico-corporee*: le emozioni, l’immaginazione, i ricordi, la razionalità, il simbolico; ma anche i movimenti, le posture e i sistemi fisiologici interni (sensazioni, sistema neurovegetativo, sistema neuroendocrino, respirazione, tono muscolare). Niente è solo mentale o solo corporeo. Il Sé (la globalità della persona) può essere visto, allora, come *organizzazione di tutte le Funzioni*, presenti e integrate tra di loro sin dall’inizio della vita, e tutte con la medesima importanza, in una concezione che non è più piramidale (con un mentale che controlla tutto gerarchicamente dall’alto), o di tipo button-up e top-down, ma i cui termini costitutivi, come sostiene Morin a proposito della complessità, devono essere «circolari»: tutti i piani Funzionali contribuiscono pariteticamente all’organizzazione del Sé. Il Neo-Funzionalismo (per quanto detto prima e poi successivamente) non concorda con il concetto di “regolazione dei processi di elaborazione dell’esperienza”, né sull’esistenza dei relativi tre livelli, sensomotorio, affettivo/valutativo e cognitivo (suddivisione tra l’altro collegata alla teoria dei “tre cervelli” di Paul Mac Lean, 1985), superata da tutte le più moderne scoperte delle neuroscienze).

Le Esperienze di Base del Sé (o Funzionamenti di fondo)

La scoperta delle Esperienze di Base del Sé è il secondo punto importante della psicologia Funzionale (o Neo-Funzionalismo). Sono definite tali perché sono esperienze fondamentali in tutto

il periodo evolutivo infantile. Presenti sin dalla nascita, sono i mattoni su cui si basa il funzionamento sano e uno sviluppo pieno del bambino. Se attraversate tante volte in modo positivo (con l'aiuto dell'ambiente circostante) si consolidano e si conservano per tutta la vita come altrettante capacità di muoversi nel mondo e interagire efficacemente con esso, come *Funzionamenti di fondo*.

I Funzionamenti di fondo sono costituiti da *elementi essenziali* dei vari Sistemi del Sé e dal loro collegarsi in *configurazioni* ben individuabili. Ogni Funzionamento di fondo (Esperienza di Base) è caratterizzato da un insieme ben determinato delle Funzioni del Sé, ciascuna delle quali ricopre una posizione precisa tra le due possibili "polarità" che la Funzione può assumere.

I Funzionamenti di fondo rappresentano una vera e propria rivoluzione concettuale, perché in realtà sono proprio le *radici* dell'agire, di tutto ciò che poi si articola di volta in volta nelle diverse situazioni di vita. Sono i *Funzionamenti di fondo* ad essere alla base di pensieri, comportamenti, gesti, emozioni, atteggiamenti, parole, che si articolano con diverse e complesse modalità nelle varie circostanze, nei vari contesti: di relazione con sé stessi e con gli altri.

Le Attività Umane

Per completare il quadro delle concezioni che costituiscono il Neo-Funzionalismo, possiamo citare anche la concezione delle Attività Umane (Rispoli 2016).

Le Attività Umane sono ciò che l'essere umano intraprende nella vita per la propria realizzazione sia con sé stesso sia nel rapporto con gli altri e la società. Le Attività Umane sono rese possibili proprio dai Funzionamenti di fondo, da ben determinati Funzionamenti di fondo.

Attraverso questa visione possiamo aiutare gli esseri umani a sviluppare e migliorare le varie Attività umane, non in modo generico, né con prescrizioni di particolari comportamenti, bensì curando e aiutando quelle Esperienze di Base o Funzionamenti di fondo che le sostengono.

I Sistemi Integrati

Parlare di *Sistemi Integrati* significa tenere in considerazione il fatto che il funzionamento dell'essere umano si svolge su più piani e livelli, profondamente *integrati* sin dalla nascita, come dimostrano tutte le nuove conoscenze sul neonato e anche quelle relative al periodo prenatale.

Tutte le Funzioni del Sé si possono raggruppare nei cinque Sistemi Integrati fondamentali, ovvero il Sistema Nervoso Centrale e Periferico, il Sistema Neurovegetativo, il Sistema Endocrino, il Sistema Senso-Motorio e Percettivo-Espressivo, il Sistema Emozioni-Pensiero. Troveremo i movimenti, le posture, l'espressione del viso, i gesti, il tono e il volume della voce, le sensazioni corporee interne e cenestesiche e le percezioni sensoriali nel Sistema Senso-Motorio e Percettivo-Espressivo; le emozioni, i sentimenti, il senso di sé, il razionale, la consapevolezza, il simbolico, i ricordi, le immaginazioni, le fantasie e il controllo nel Sistema Emozioni-Pensiero; oppure le regolazioni dei sistemi fisiologici interni nel Sistema Neurovegetativo e così via.

La psicoterapia Funzionale

La psicoterapia Funzionale è la modalità operativa di cura e intervento dell'area del Neo-Funzionalismo, e si basa sulle concezioni sopra descritte. In particolare essa ha dimostrato che non basta dire che il corpo è importante in psicoterapia, bisogna sapere *come* agire su di esso e *perché*; non basta sapere che i Sistemi sono Integrati, bisogna sapere *in che modo, cosa accade* quando si interviene su ognuno di essi, quali influenze hanno gli uni sugli altri. La nuova frontiera, il punto centrale e importante, è proprio questo.

Oggi grazie all'esperienza accumulata in tanti anni di ricerca e di pratica, nel Neo-Funzionalismo abbiamo conoscenze avanzate sul modo in cui i Sistemi sono interrelati tra di loro, su cosa accade esattamente quando si interviene sui vari livelli psico-corporei, e in che modo intervenire. Oggi abbiamo un sistema metodologico complesso e integrato di intervento, con tecniche molto dettagliate e precise, affinate in anni di studio e di esperienza.

Ogni intervento in psicoterapia Funzionale dovrà consistere nell'utilizzare non uno solo ma i vari *fattori di cambiamento* individuati nel corso dello sviluppo della scienza della psicoterapia, integrati tra di loro; e soprattutto nel recuperare, in un Progetto preciso e calibrato sulla persona, quei Funzionamenti di fondo che nel corso della vita (per condizioni negative di vario tipo, a partire dall'infanzia in poi) sono divenuti chiusi, carenti, alterati, inquinati. E che quindi non permettono più una vita piena, efficace e sana.

E dunque la psicoterapia Funzionale non può concordare con la concezione per cui Il terapeuta psicocorporeo "osserva, partecipa e interviene all'interno del campo di regolazione emozionale" e "nel campo di indagine dei micro-processi", perché non è solo questo il funzionamento dell'organismo umano se lo si vuole assumere in una visione realmente complessiva e integrata. Non sono solo gli "scambi corporei" quelli che caratterizzano la relazione terapeutica, che si svolge su molteplici livelli del Sé.

Per la stessa ragione non è possibile dividere gli scambi corporei da quelli di organizzazione "di senso" (basta vedere le ultime scoperte di Rizzolatti sui neuroni bi-modalità).

Punti specifici sulle competenze dello Psicoterapeuta Funzionale

1.1.6: Monitorare, valutare e rivedere il carico di lavoro:

In una visione complessiva integrata mente-corpo degli esseri umani e dei loro *funzionamenti*, lo stress non è dovuto tanto al carico di lavoro ma soprattutto alla propria condizione di base, vale a dire di preesistenti alterazioni dei Funzionamenti di fondo (la Calma, il Controllo non continuamente elevato, la non presenza di Allarme cronico, ecc.), oggi ben determinati, conoscibili, misurabili e risolvibili.

1.2.2: Offrire uno spazio psicoterapeutico adeguato:

La flessibilità e l'adeguarsi ai bisogni del paziente vengono realizzate nella psicoterapia Funzionale a partire da una *diagnosi molto specifica* sui Funzionamenti alterati e da un *progetto* altrettanto calibrato di intervento su di essi.

1.4.4: Integrare le nuove conoscenze della ricerca

Nella storia del Neo-Funzionalismo (e ancor più oggi) sono ritenute fondamentali non solo le ricerche in psicoterapia ma anche (e molto) quelle nelle discipline collegate.

2.1.3: Individuare e operare in vista di scopi e obiettivi concordati e realizzabili

Scopi e obiettivi sono determinati in modo chiaro dopo tutta la fase anamnestica ed entrano nel Progetto terapeutico (comprensivo di prognosi), che viene comunicato e spiegato in modo chiaro al paziente all'inizio e durante tutta la terapia.

Caratteristiche del terapeuta

Per essere un "buon terapeuta", oltre a quanto sopra detto, devono essere presenti e ben sviluppati Funzionamenti di fondo ben precisi, che non riguardano quindi capacità solo cognitive, o comportamenti.

il Contatto, sentire come se si fosse nell'altro, empatia;

Amare, vedere l'altro piccolino, essere "nuovo genitore", implicarsi con tutto sé stesso, non si può fingere;

Prendersi l'altro, Portare l'altro, Cambiare l'altro, intervenire seguendo il Progetto e non seguendo quello che emerge (facile ma non terapeutico);

Forza calma, far sentire la capacità di agire, di tenere e portare il paziente: se non c'è è difficile che il paziente si affidi;

Consistenza, non farsi spostare, scoraggiare dal paziente;

Percepire, come è veramente la persona al di là delle apparenze e al di là del proprio controtransfert.

Esiste una relazione *reale* tra paziente e terapeuta, oltre a quella immaginativa e transferale, la quale ha una importanza fondamentale nel percorso terapeutico. E in questa relazione esiste una comunicazione che deve essere altrettanto reale, e non simbolica, legata ai vissuti antichi.

Nella Psicoterapia Funzionale il terapeuta ricopre tre ruoli diversi: il *Terapeuta* che dà indicazioni, il *Sé Ausiliario* che aiuta il paziente laddove il suo Sé non ha ancora i Funzionamenti integrati e il *Nuovo genitore* che accoglie, apprezza, incoraggia.

E tutti e tre queste figure comunicano in modo molto profondo con il paziente, con caratteristiche che cambiano a seconda della fase della terapia.

Il processo terapeutico

Scopi e obiettivi sono determinati in modo chiaro dopo tutta la fase anamnestica ed entrano nel Progetto terapeutico (comprensivo di prognosi), che viene comunicato e spiegato in modo chiaro al paziente all'inizio e durante tutta la terapia.

Una terapia ha tante più probabilità di successo quanto più è profonda l'esperienza che il paziente vive in terapia. Per la terapia Funzionale è necessario:

- Andare al di sotto del Controllo* troppo intenso
- Ricostruire Esperienze di Base anche molto antiche* su tutti i livelli psico-corporei con intensità molto elevata

Per la psicoterapia Funzionale il processo terapeutico si svolge modulandosi secondo *fasi ben individuate*, nelle quali i funzionamenti della terapia sono differenti per alcuni aspetti importanti. Per esempio, nella parte centrale della terapia si lavora molto e *quasi esclusivamente sui Funzionamenti di fondo* senza farsi distrarre da eventi esterni di vita (che alla fin fine corrispondono sempre ai Funzionamenti alterati che già si conoscono e su cui si sta intervenendo o si deve ancora intervenire).

La valutazione del buon andamento di un percorso terapeutico va effettuato, in Psicoterapia Funzionale, sempre tenendo conto di quanto siano state recuperate le Esperienze di Base indicate nel progetto terapeutico, con la relativa riapertura e mobilitazione delle Funzioni che le compongono. Esistono strumenti, elaborati nell'ambito del modello Funzionale, che permettono di valutare gli effetti della psicoterapia sia all'inizio e alla fine, sia per monitoraggio in vari momenti di essa.

Tutta la fase finale viene affrontata in psicoterapia Funzionale con modalità diverse rispetto alle fasi precedenti: diverse nell'intervento del terapeuta, nel rapporto diverso con il paziente, in momenti molto più presenti di monitoraggio sull'applicazione delle EBS recuperate nella vita del paziente; e con interventi molto più direzionati su alcune specifiche EBS (con altrettante tecniche ben determinate) atte a migliorare sempre più Autonomia, Consistenza, capacità di Prendere, Realizzazione, e così via.

Bibliografia

- Cattel J. (1902) *The time of perception as a measure of differences in intensity* in *Philosophische Studien* 19
- Angell J.R. (1907), *Compiti e obiettivi della psicologia Funzionale*, *Psychological Review*, 14, p. 61-91.
- Damasio A., (2003) *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*, Adelphi, Milano,
- Siegel D. J. (1999), *La mente relazionale*, Cortina, Milano, 2001.
- Rispoli L. (1993), *Psicologia Funzionale del Sé*, Ed. Astrolabio, Roma.
- Rispoli L. (2004), *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*, Franco Angeli, Milano.
- Rispoli L. (2014), *Il Manifesto del Funzionalismo Moderno*, Alpes, Roma.
- Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina Editore.
- L. Rispoli (2013), *Il paradigma espressivo-corporeo*, in "Dizionario di psicoterapia" a cura di A. Salvini, G. Nardone, Garzanti, Milano.
- L. Rispoli (2013), *La psicoterapia Funzionale*, in "Dizionario di psicoterapia" a cura di A. Salvini, G. Nardone, Garzanti, Milano.
- L. Rispoli (2006), *Psicoterapia corporea (e lo sviluppo del Funzionalismo)*, in AA.VV. "Psiche – Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze", Einaudi, Torino.
- S. Di Nuovo, L. Rispoli (2011), *L'analisi Funzionale dello stress. Dalla clinica alla psicologia applicata*, Franco Angeli/Linea Test, Milano.
- L. Rispoli (2016), *Il corpo in psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi Integrati*, FrancoAngeli, Milano.

SOCIETÀ ITALIANA DI ANALISI REICHIANA

L'orientamento teorico

Fra le varie resistenze incontrate nei trattamenti analitici W.Reich aveva notato che un gruppo particolare di esse non si distingueva per il contenuto, ma per il modo specifico di agire e di reagire dell'analizzato: si trattava delle resistenze caratteriali.

Il carattere è il modo di essere specifico di una persona ed esprime tutto il suo passato, impiega anni a formarsi e non è facile a distinguersi dai sintomi.

Il complesso dei tratti caratteriali si rivela come un meccanismo di protezione compatto contro gli sforzi terapeutici dell'analista, protegge il soggetto contro gli stimoli che provengono dal mondo esterno e dal suo inconscio.

Le conseguenze di questi dati sono di fatto molto importanti per la tecnica dell'analisi della resistenza caratteriale. L'analista cerca di risvegliare l'interesse della persona verso i tratti del suo carattere, per essere in grado con la sua collaborazione di esplorarne l'origine ed analizzarne il significato. Le mostra, per quanto è possibile, i legami tra carattere e sintomi.

All'inizio questo modo di procedere non è differente dall'analisi di un sintomo. Ciò che aggiunge l'**Analisi del Carattere** è l'isolamento del tratto caratteriale, il confronto continuo della persona con esso, finché non giunge a vederlo obiettivamente e a considerarlo un fastidioso sintomo. Infatti distanziando e oggettivando il tratto caratteriale questo comincia ad essere percepito come un corpo estraneo di cui la persona desidera liberarsi, essere altro da...

L'analista parte proprio dall'analisi delle resistenze che si possono cogliere dal comportamento generale del paziente, risale alle esperienze infantili dimenticate e quando queste vengono messe in luce diventa possibile comprendere la genesi dei fenomeni nevrotici caratteriali e forse farli scomparire, proprio come se si trattasse di sintomi.

Riteniamo questo passaggio dal sintomo al tratto caratteriale, un passaggio evolutivo straordinario: porta con sé infatti l'engramma della posizione sistemica, olistica, estetico-scientifica.

I principi di quella che Reich chiamò allora sessuoeconomiae del carattere come sistema aprono necessariamente la via ad una concezione energetica e globale di tutti i fondamentali processi vitali, normali o patologici che siano.

Una concezione energetica e globale "non è tanto" per usare le parole di Dadoun, "il nome di un principio o di una teoria e meno ancora una visione filosofica, quanto piuttosto la designazione globale di un campo unitario di indagine". Va da sé quindi che una concezione energetica dell'esistenza deve parlare un linguaggio che vada d'accordo con un approccio sistemico alla realtà.

Sul piano puramente clinico i due principi segnano il momento in cui il concetto di salute psichica si collega coerentemente a quello di pulsazione energetica di tutto l'organismo, legittimando il progressivo distacco di Reich dallo psicologismo che impacciava il pensiero freudiano nel campo delle scienze naturali.

E, per precisione storica, è dal saggio sul masochismo che prende le mosse anche sul piano clinico l'integrazione di Reich della tecnica dell'analisi caratteriale con la **Vegetoterapia Caratteroanalitica**.

Essa è una metodologia, approfondita e sistematizzata in seguito da Ola Raknes e da Federico Navarro, che informandosi al Sistema Nervoso Vegetativo, da cui il nome, al sistema muscolare, al sistema neuroendocrino ed alla pulsazione energetica (espressioni più dirette ed analogiche della vita emotiva, affettiva ed istintiva) opera con acting specifici per favorire una distribuzione più funzionale della libido, oltre che agire sulla psiche grazie ad un'analisi del carattere emergente dal linguaggio del corpo.

E qui una precisazione: il linguaggio del corpo è forse il messaggio più significativo a cui si fa riferimento nell'analisi reichiana, ma è chiaro che esso si accompagna a tutti gli altri dati (dai sogni ai lapsus, dai simboli alle metafore, dalla vita fantasmatica alle fantasie liberatorie ecc.) del "come" espressivo del paziente nel setting. Espressivo dei suoi segni incisi, ovvero dei vissuti che hanno determinato i suoi tratti caratteriali. E in un'accezione larga che si informa al principio di identità funzionale: carattere è da intendersi come carattere psicologico, muscolare, neuroendocrino, neurovegetativo.

La Vegetoterapia Caratteroanalitica propone al soggetto di ripercorrere, attraverso progressivi e specifici acting sull'intero organismo, l'esperienza del suo sviluppo psicoaffettivo e della sua maturazione emozionale; scandisce le fasi dell'analisi e della crescita nelle sue varie tappe evolutive, con insight su insight energetico-emozionali, ovvero il comprendere-capire appoggiato sul sentire.

Essa tende all'eutono muscolare, a riequilibrare il sistema vago-simpatico ed il sistema neuroendocrino: induce sensazioni ed emozioni che costituiscono espressioni proprie del linguaggio del corpo e messaggi necessari per la lettura degli aspetti personologici.

La verbalizzazione delle sensazioni, delle emozioni e delle associazioni libere prodotte, il coglierne gli indicatori essenziali sistemici e relazionali ovvero gli engrammi basici della persona, rappresentano il momento successivo.

Con gli acting di Vegetoterapia Carattero-Analitica, che fanno riferimento all'ontogenesi, alle fasi evolutive, ai tratti caratteriali e ai livelli/distretti corporei, in Analisi Reichiana si realizza l'Attivazione Incarnata Terapeutica (secondo principio attivo **in psicoterapia, da coordinare con il primo principio attivo: la relazione ovvero la Simulazione Incarnata Terapeutica**), che completa la psicoterapia nel senso di una doppia direzionalità, perché attiva la persona dal dentro; essa è fondamentale per modificare i vissuti della persona, perché segna incisivamente nuove esperienze sentite e appropriate alle domande terapeutiche, esplicite e soprattutto implicite, emerse nel setting.

In generale tutta la Psicoterapia Corporea può essere considerata Attivazione Incarnata Terapeutica, ma certamente deve rispondere a requisiti di appropriatezza, chiari nella coerenza epistemologica, metodologica e clinica, perché la Psicoterapia Corporea potrebbe avere un livello di complessità maggiore della Psicoterapia Verbale.

Privilegiando temporalmente nella metodologia il sentire al capire, secondo noi è rispettata l'organizzazione fisiologica e cronologica dell'essere: le modalità di sviluppo e crescita infatti, confermano che il primo periodo di ogni uomo, il presoggettivo, è precipuamente emotivo con manifestazioni di piacere-espansione e di dolore-contrazione, e che successivo è il periodo verbale con la progressiva soggettività, espressione diretta del precedente momento. Condividiamo l'ipotesi di Mc Lean sulla teoria filogenetica dei tre cervelli e riteniamo, per dirla con Haeckel,

molto verosimile anche la sua riproposizione ontogenetica, in una articolazione tra progressiva dominanza dei tre cervelli, fasi evolutive di sviluppo, livelli corporei (reichiani) corrispondenti e paralleli tratti di carattere.

La posizione sistemica

Una delle nostre sostanziali peculiarità si rivela nel fatto che le "costellazioni prototipiche" della nostra teoria si estendono ad un periodo che inizia non già al momento della nascita, ma estendono l'inizio dell'arco vitale alla vita intrauterina.

Noi tuttavia riteniamo che una qualsiasi teoria che non si occupi del periodo prenatale dell'esistenza possa dar conto dei disturbi nevrotici, ma avrà forti difficoltà senza artifici, complessità ed ipotesi ad hoc, ad inquadrare quelli psicotici.

Al contrario una posizione sistemica non può prescindere da un modello osservazionale e dalle grandezze prese in esame: una prospettiva ottimale non può essere che quella che esamina tutto l'arco dell'esistenza del vivente uomo, e non può quindi prescindere dalla vita prenatale, dal concepimento in poi, dalle discontinuità dell'arco vitale - quelli che noi chiamiamo punti di separazione-approdo - considerando le diverse configurazioni di sviluppo, le condizioni della storia individuale, ciò che ci circonda, gli eventi e le chiavi dei vissuti che determinano le strutturazioni caratteriali e le deviazioni dalla norma.

Le ricerche attuali delle neuroscienze mettono ogni giorno sempre più in evidenza l'importanza della vita intrauterina.

Riassumendo: i passaggi attraverso i quali si era svolta la tecnica terapeutica reichiana coinvolgevano l'analisi delle resistenze caratteriali e quindi del tratto di carattere corrispondente, l'analisi allargata alla corporeità tramite la Vegetoterapia Caratteroanalitica; mancava l' **Analisi del Carattere della Relazione** analitica, ovvero una definizione altamente specifica della relazione analitico terapeutica e del setting in cui essa muove. Non è un'analisi della relazione, è un'analisi del carattere della relazione. Con uno strumento "marker" reichiano, quale appunto l'analisi del carattere, allarghiamo sul sistema analista-analizzato e monitoriamo la diade nella sua specifica relazione di tratto caratteriale e nel suo specifico stadio.

Significa fare un passaggio ai sistemi complessi, e considerare il setting un sistema complesso, in cui non viene letto esclusivamente il movimento dell'analizzato, ma anche il movimento dell'analista.

In particolare, è un articolare contenente e contenuto, diade e monade, analisi e terapia nella doppia direzionalità in cui il contenente e la sua architettura è referente privilegiato. Il contenente relazionale dovrà essere definito dalla corretta "posizione" e dal corretto "come" dell'analista, necessario per lo stabilirsi di un controtransfert di tratto funzionale al disturbo da curare ed allo specifico assetto temperamentale caratterologico dell'analizzato.

Un analista non può essere uno specchio neutro, ha sempre in ogni caso una posizione ed un come.

La corretta posizione è la collocazione empatica dinamica e funzionale da parte dell'analista sul tratto della propria personalità su cui può incontrare e contattare l'analizzato e muoverlo dalla sua fissazione.

Il come è l'espressione analogica della posizione e, solo se ad essa sintonico, crea un'atmosfera di campo per degli insight evolutivi o catartici dell'altro.

Il controtransfert di tratto e il linguaggio dei tratti

La coscienza della posizione e del come da parte dell'analista è la coscienza dell'agire di un formidabile mezzo terapeutico: il controtransfert di tratto.

Gli indicatori di un controtransfert di tratto non sono solamente psicologici, ma sono anche empatici, corporei, emozionali.

Quale livello corporeo ci risuona quando incontriamo in un setting una persona? Il torace, il diaframma, il bacino o l'ocularità, ci risuona sulla bocca, o ci fa allungare il collo? Vogliamo dire che ci sono degli indicatori di livello corporeo che sono disposti in maniera sottosistemica e segmentaria appartenenti a un sé globale, che funziona come un tutto integrato. Gli indicatori controtransferali ci permettono non solamente di sapere dove si trova l'altro, non solamente di sapere dove ci troviamo, ma di sapere dove si trova la relazione, a che stadio è, che tipo di evoluzione stiamo facendo (qui sta il nodo, per esempio, delle analisi interminabili, e dei possibili stalli).

Il sapere esattamente dove siamo ci permette un successivo passaggio un "metamovimento". Significa poter modificare la propria posizione tramite gli indicatori di livello e potersi mettere in un assetto, per cui la relazione può muoversi, lo stadio della relazione può muoversi e il carattere della relazione può muoversi.

E' presente in questa accezione di controtransfert di tratto una dimensione di progetto, di flessibilità della posizione analitica, che permette un movimento neghentropico, cioè un movimento di salita vitale, di organizzazione dell'evoluzione, per l'altro prima di tutto, ma anche per l'analista e la loro relazione. Non possiamo non aver presente il concetto di co-evoluzione - di nuovo siamo nella complessità - perché un'analisi è una co-evoluzione.

La Simulazione Incarnata di Gallese della Teoria della Mente può essere quindi letta nel setting analitico reichiano con l'Analisi del Carattere della Relazione ed in particolare con le lenti del Linguaggio dei Tratti. Essa, così facendo, si trasforma in **Simulazione Incarnata Terapeutica**, che realizza l'appropriatezza relazionale nel setting, utilizzando la sequenza di tratti caratteriali sulla freccia del tempo evolutivo e la corrispondente sequenza dei livelli corporei prevalenti nelle fasi: dall'Intercorporeità all'Intersoggettività (in una coerente integrazione circolare a partenza bottom up dell'evoluzione filo-ontogenetica).

La Mente Incarnata Enattiva e di Tratto

Gregory Bateson propose il concetto di Mente Incarnata, considerato oggi un nuovo epistema. I processi cognitivi non possono essere confinati nel cervello, essi si formano in connessione e sono influenzati dall'intero sistema corporeo.

Agli inizi degli anni '90, vent'anni dopo il concetto di Mente Incarnata di Bateson, Varela Thompson e Rosch proposero il concetto di Mente Incarnata ed Enattiva.

In opposizione alla tradizionale visione della cognizione, centrata sulle rappresentazioni mentali, gli approcci incarnati ed enattivi propongono l'accoppiamento senso-motorio tra organismo e

ambiente come elemento fondante per la cognizione(...) il percepire la realtà attraverso la nostra continua attività corporea.

Fin qui siamo in grande sintonia con le posizioni di Mente Incarnata ed Enattiva e sentiamo di affermare che l'Analisi Reichiana respira in questo straordinario filone di ricerca, ma se ci soffermiamo sui concetti conseguenti per la pratica della psicoterapia da esso derivanti "incarnazione, interazione e presenza" ci discostiamo e introduciamo, su ognuno di questi tre punti, la tridimensionalità ontogenetica e il nuovo concetto di Mente Incarnata Enattiva e di Tratto.

In Analisi Reichiana la Mente è dell'Uno, è di fatto implicita nel sistema vivente aperto e complesso che chiamiamo Sé e ha un processo.

Essa rappresenta l'esito di una straordinaria proprietà frattalica della Vita: l'Intelligenza.

Nella diversità dei suoi infiniti ordini espressivi e di grandezza, l'Intelligenza attraversa e specchia le stratificazioni della vita, ricombinandosi ai punti di biforcazione neghentropici dell'evoluzione filogenetica.

"Anche nell'ontogenesi umana l'Intelligenza precede e permette la Mente, precede e permette la Cognizione, precede e permette l'io Soggetto, nel loro emergere. L'Intelligenza cognitiva è l'ultima in ordine di tempo, la più acuta e la più alta... e, quando è connessa alle precedenti, sale in neghentropia, in Intelligenza Meta! (Ferri, 2015).

Ciò premesso, la Mente del Sé può essere letta, nella sua autorganizzazione, come somma delle Menti di Tratto, stratificate ed embricate fra loro, che si affacciano anche nei Pensieri di Tratto della soggettività, nei livelli corporei di tratto, negli eventuali sintomi oltre-soglia psicopatologici di Tratto.

In Analisi Reichiana nel qui ed ora recuperiamo la freccia del tempo evolutivo della persona, delle sue fasi evolutive, dei suoi livelli corporei attivati nelle proprie relazioni oggettuali, leggiamo e sovraordiniamo l'ontogenesi in chiave di Trattati, una bussola straordinaria per non perdersi entropicamente nella Complessità e ci chiediamo: quali Intercorporeità-Intersoggettività di Tratto, oltre che di Stato, ci sono nel qui ed ora del setting analitico-terapeutico fra i due Soggetti? Esse sono le più appropriate psicoterapeuticamente fra quelle che potrebbero emergere? Nel Tempo presente quale Tempo passato si affaccia ed interagisce?

Il collegamento tratto di carattere-fase evolutiva-livello corporeo-relazione oggettuale permette di non schiacciare e confondere il tempo nel qui ed ora, permette di ridisegnare la progressiva entrata dei livelli corporei in rapporto alle fasi evolutive, permette di progettare, su precisioni tridimensionali, ogni intervento psicoterapeutico; permette una grammatica pratico-operativa psicocorporea sulla Mente di Tratto.

Bibliografia

- M. Ammaniti, V. Gallese: La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del Sé tra Psicodinamica e Neurobiologia. Milano, Raffaello Cortina ed., 2014
- P.B. Baltes, M.W. Reese: L'arco della vita come prospettiva in psicologia evolutiva. Trad. it. da *Developmental Psychology: An Advanced text book*, Herlbaun Hillsdale, 1984.
- G. Bateson: *Steps to an ecology of mind*. New York, N. Y.: Ballantine, 1972.
- R. Dadoun: *Cento fiori per Wilhelm Reich*, Marsilio, 1976
- M. C. De Bonis, M. Pompei (a cura di) *Come sarà il tuo bambino?*, Alpes, 2015
- L. De Marchi: *W. Reich, Biografia di un'idea*, Sugarco, 1970
- G. Ferri, G. Cimini: *Psicopatologia e Carattere. La psicoanalisi nel corpo ed il corpo in psicanalisi*. Roma, Alpes, 2012
- G. Ferri: *Anxiety and panic in Reichian analysis*. *International body Psychotherapy Journal*, 11 (1), Spring 2012
- G.Ferri: *Il Corpo sa*. Roma, Alpes, 2017
- G. Ferri: *Una persona, Una storia, Tre linguaggi*. In C. Young (Ed.), *The body Relationship. Self-Other-Society*. Galashiels, Scottish Borders, UK, Body Psychotherapy Publications, 2014
- G. Ferri , G. Cimini: *Psicopatologia e carattere*, Anicia, 1992
- S. Freud: *Opere*, Vol. IX, pag. 439, Boringhieri
- S. Freud: *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, Boringhieri
- V. Gallese: *Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism*. *Brain Research*, 1079, 2006
- A. Goldman: *Simulating minds: the philosophy, psychology and neuroscience of mindreading*. UK, Oxford University Press, 2006
- M. Mannella: *Wilhelm Reich. Il dramma e il genio*, Alpes, 2014
- G.A.Nigosanti: *Analisi corporea in gruppo*, Alpes, 2017
- P. Paradisi: *Elementi di Psicosomatica. Un punto di vista post reichiano*, Alpes, 2014
- K. Pomian: *Sul determinismo*, Il Saggiatore, 1990
- O. Raknes: *Relazione tenuta al 13° congresso di Psicologia. Stoccolma, 1913*. In : *Energia Carattere e Società*, 12, 1985
- W. Reich: *La funzione dell'orgasmo*, Sugarco, 1969
- W. Reich: *Analisi del carattere*, Sugarco, 1973
- A. A. Semi: *Trattato di psicoanalisi*, R. Cortina editore 1990, pag 33 e sgg
- S. Vegetti Finzi: *Storia della psicoanalisi. Autori opere teorie 1895-1990*, Mondadori, 1995