



L'uso bioenergetico del concetto psicoanalitico di cura di Angela Klopstech

In un articolo precedente ho spiegato il mio punto di vista su cosa differenzi gli psicoanalisti dagli psicoterapeuti corporei e talvolta determini la divisione in teorici e pratici, e su come dovremmo essere capaci di superare queste differenze¹. In questo articolo illustrerò come i due domini della psicoanalisi e dell'analisi bioenergetica possano arricchirsi a vicenda. Vorrei dimostrare come una serie di specifiche concezioni psicoanalitiche del processo terapeutico possano essere tradotte nel linguaggio della psicoterapia corporea, e come questo uso della teorizzazione psicoanalitica renda più chiaro e organizzato il processo terapeutico all'interno dell'analisi bioenergetica. Incomincerò direttamente dal recente lavoro di Martha Stark sulle modalità dell'azione terapeutica (Stark, 1998, 1999).

Molto sinteticamente, la psicoanalisi contemporanea, oltre alla classica formulazione originale freudiana delle pulsioni, comprende diversi altri approcci – messi a punto più di recente – centrati sulle relazioni. I primi modelli centrati sulle relazioni, come la teoria dell'attaccamento, alcune teorie delle relazioni oggettuali (es. Balint, 1968, Winnicott, 1965) e della psicologia del Sé (es. Kohut, 1971), si focalizzano sul fornire esperienze correttive, mentre quelli sviluppati in seguito si basano soprattutto su un approccio interpersonale a due, come quello di Martin Buber, che è caratterizzato dall'autenticità dell'interazione reciproca. Quest'ultima prospettiva comprende sfaccettature lievemente differenti, variamente etichettate come intersoggettività (es. Stolorov e Altri, 1978), teoria delle relazioni (es. Mitchell, 1998, Aaron, 1996), teoria interpersonale (es. Eherenberg, 1992), e così via. Mentre si muoveva nella direzione relazionale, nell'ultimo decennio la comunità psicoanalitica ha visto accendersi un vivace dibattito tra questi diversi approcci. Questa discussione si è svolta principalmente tra il filone dominante della psicologia “a-una-persona” e la psicologia “a-due-persone” o duale. La prima considera soprattutto le dinamiche interne del paziente nell'inquadramento teorico della classica teoria pulsionale, mentre la seconda dirige la propria attenzione verso gli aspetti relazionali tra il paziente e il terapeuta².

La via psicoanalitica: il modello integrativo dell'azione terapeutica della Stark

All'interno del dibattito tra gli psicoanalisti sui meriti della psicologia “a-una-persona” rispetto alla psicologia duale, Stark concentra la sua attenzione sul processo del cambiamento terapeutico, e si pone le domande specifiche: “Che cosa fa migliorare i pazienti? Come possiamo concettualizzare il processo di cambiamento e di crescita dei pazienti?”. L'autrice trova che “la maggior parte dei modelli psicoterapeutici insiste nel chiamare in causa, come elemento base della terapia, l'aumentare la conoscenza oppure il fornire esperienze oppure l'instaurarsi della relazione”³. Avendo definito queste tre diverse modalità, l'autrice prosegue espandendo la dicotomia tra la psicologia “a-una-persona” e la psicologia duale in una triade: psicologia “a-una-persona”, psicologia “a-una-persona-e-mezza” e psicologia duale, corrispondenti a ciascuna delle modalità dell'azione terapeutica. Questa sub-classificazione del dominio psicoanalitico rende conto delle differenze cruciali che esistono all'interno degli approcci centrati sulla relazione, rendendoli, come vedremo, più agevolmente applicabili al processo bioenergetico⁴.

Sinteticamente, ma in modo pertinente allo scopo di questo articolo, si può affermare che le psicologie “a-una-persona” vedono l'individuo in termini intrapsichici, come un sistema relativamente chiuso, motivato da pulsioni e difese endogene. Concentrandosi sulle libere associazioni del paziente, sulle sue fantasie, sui sogni e sul transfert, il terapeuta percepisce se stesso come un osservatore oggettivo e non partecipa alla relazione, funzionando come uno schermo vuoto sul quale viene proiettato il transfert del paziente. Il controtransfert è considerato un'interferenza sull'oggettività e sulla neutralità del terapeuta, e per questo deve essere eliminato. Il fattore curativo è l'insight derivato dall'interpretazione. Stark fa riferimento a questo approccio generale come “modello 1”, identificando come agente terapeutico primario l'aumento di conoscenza del paziente. L'analisi freudiana classica è un chiaro esempio di questo modello e della psicologia “a-una-persona”.

Stark considera l'approccio delle relazioni oggettuali, sviluppato da alcune scuole britanniche e dalla scuola americana della psicologia del Sé, come facenti parte della psicologia “a-una-persona-e-mezza”. Queste impostazioni concepiscono l'individuo in termini interpersonali come un sistema aperto che necessita di un'altra persona che renda valida l'esperienza e/o dia una qualche forma di nutrimento correttivo, rappresen-

tata per esempio dalla funzione di *holding* di Winnicott, del *new beginning* della Balint o dell'*ambiente empatico* di Kohut. Il terapeuta non si percepisce più come osservatore oggettivo, ma assume il ruolo di dispensatore di “cose buone”, mentre il paziente riveste il ruolo di contenitore delle “cose buone”. Anche se c'è una relazione, si tratta principalmente di una relazione a senso unico. Il fattore curativo è l'esperienza emozionale correttiva, fornita da un oggetto empatico, esterno o interno, o da un oggetto buono/madre buona, all'interno della diade terapeutica. Questo tipo di approccio, chiamato “modello 2” dalla Stark, considera principale agente terapeutico l'esperienza correttiva fornita al paziente come.

Anche la psicologia duale vede l'individuo in termini relazionali, ma come sistema aperto che desidera investire in mutualità e reciprocità. Il terapeuta non si percepisce né come oggetto neutrale né come persona che si limita a “risuonare” empaticamente, ma come soggetto che partecipa attivamente alla relazione. Il transfert assume una forma diversa perché viene considerato come “storia” di entrambi, paziente e terapeuta, e non come unicamente determinato dalla storia del paziente; diventa piuttosto un'esperienza del terapeuta indotta dal paziente. Il controtransfert non è più un'interferenza, ma viene vissuto come responsabilità nei confronti del paziente. Stark chiama “modello 3” questa prospettiva che considera l'investimento in una relazione autentica come il fattore curativo principale. Le scuole di psicoanalisi contemporanee interattive o relazionali e alcune teorie delle relazioni oggettuali sono esempi di questo modello.

Nonostante ci sia una notevole sovrapposizione tra queste tre modalità, ognuna di esse contiene degli elementi mancanti alle altre due. Questi modelli di azione terapeutica non si escludono, piuttosto si rafforzano vicendevolmente. Per essere veramente efficace, il terapeuta psicodinamico dovrebbe avere qualche esperienza di tutti e tre⁵.

Anche se sembra propendere per il modello 3, Stark propone comunque un modello integrato dell'azione terapeutica, dove tutte e tre le prospettive possano essere usate in qualsiasi momento, alternate o sovrapposte, nel corso dell'azione terapeutica.

Le tre prospettive evidenziano la continuità sottostante all'evoluzione avvenuta nel tempo all'interno della psicoanalisi, con la graduale introduzione del concetto di relazione e con la sua progressiva preminenza. Nelle parole della Stark:

“Infatti, la psicoanalisi si è molto evoluta da quei giorni lontani in cui Freud enfatizzava l'importanza del sesso e dell'aggressività. L'attenzione non è più puntata sulle pulsioni, e sulle loro dinamiche, ma sulle relazioni del paziente e sulla *loro* storia; e mentre la psicoanalisi si focalizzava un tempo sulle relazioni tra le strutture interne della psiche del paziente, oggi si sofferma principalmente sulle relazioni che esistono tra il cliente e i suoi oggetti o, più precisamente, sulla relazione intersoggettiva che esiste tra il paziente e i suoi soggetti. Nelle parole di Jessica Benjamin (1992): ‘Dove ci sono oggetti, ci devono essere anche soggetti’”⁶.

La via bioenergetica

Il modello integrativo dell'azione terapeutica della Stark offre al processo della terapia bioenergetica una potente cornice concettuale. Storicamente, l'analisi bioenergetica è una terapia corporea sviluppata nella sua forma attuale da Lowen, che si basò sull'analisi del carattere di Reich, il quale a sua volta costruì il suo impianto sulla teoria pulsionale di Freud. Per quanto Reich si dissociasse dai principi basilari della psicoanalisi, egli non si staccò dalla teoria pulsionale, così come non lo fece neanche Lowen nel suo sviluppo dell'analisi bioenergetica⁷. In questo senso, l'analisi bioenergetica classica, così come veniva praticata dai loweniani, è principalmente una psicologia “a-una-persona”⁸. Nell'ultimo decennio, comunque, l'analisi bioenergetica ha subito una trasformazione analoga a quella della psicoanalisi, cioè uno spostamento verso un approccio più orientato alla relazione, da una psicologia “a-una-persona” è passata a una psicologia “a-una-persona-e-mezza” per approdare, infine, ad una psicologia duale⁹.

Questo processo è ancora agli inizi, se lo paragoniamo al cambiamento avvenuto nella psicoanalisi. La letteratura più rilevante sulla bioenergetica si rifà principalmente alle pubblicazioni psicoanalitiche, come punto di partenza necessario, e non si è ancora strutturata in modo organico. Per questo motivo la concettualizzazione della Stark risulta particolarmente utile. Non solo fornisce una visione d'insieme e un'organizzazione in categorie, ma offre anche validi suggerimenti su quale metodologia e quale percorso terapeutico scegliere per avere dei buoni risultati coi pazienti. Gli analisti bioenergetici dovrebbero essere grandemente facilitati dal modello della Stark la cui ampia cornice terapeutica con la vasta gamma di interazioni, prima menzionata-

te, facilita l'applicazione dei diversi modelli di azione terapeutica e agevola lo spostamento dall'uno all'altro.

Vediamo ora come la concezione della Stark possa essere utilizzata in situazioni cliniche tipiche del processo di terapia bioenergetica. La prima situazione comprende un intervento classico per quanto riguarda l'espressione della rabbia, un intervento che, con l'uso di un cubo di gomma piuma e di una racchetta da tennis, cerca di mobilitare l'espressività del paziente, il potenziale vocale, i movimenti e i gesti del braccio, la postura. Nella seconda, ugualmente esemplare, si interviene sulla capacità di "raggiungere": la consapevolezza e l'espressione del desiderio di contatto e di coinvolgimento.

Situazione 1: Immaginiamo la seguente situazione clinica. Un paziente sta lottando contro la percezione di essere poco ascoltato dalla moglie. È furioso, ma anche inibito, per cui si vergogna a esprimere sia la rabbia che il bisogno di essere ascoltato. Un tipico intervento bioenergetico potrebbe essere la proposta di utilizzare una racchetta da tennis con la quale colpire un cubo di gomma piuma, con l'obiettivo di trovare la propria voce per esprimere la rabbia e di sviluppare un senso di adeguatezza nel chiedere alla moglie di soddisfare i propri bisogni. Vediamo insieme come si potrebbero configurare le diverse modalità di azione terapeutica:

a) Prima opzione: l'analista bioenergetico si concentra principalmente sulle inibizioni cognitive ed emozionali del paziente e sui blocchi energetici relativi all'espressività. Il terapeuta propone che il paziente dica la frase "Ascoltami!", il più forte possibile, colpendo contemporaneamente il cubo, mettendosi al suo fianco per osservare meglio il modo in cui egli colpisce. Probabilmente chiederà al paziente se si rende conto che le sue braccia sono troppo vicine tra loro per consentirgli di colpire con forza. Gli proporrà di sollevare e aprire di più le braccia e osserverà i cambiamenti, per esempio se così c'è più forza nell'atto del colpire. Chiederà al paziente se ora si sente diversamente e come si sente. Sottolineerà anche che la voce è bassa e soffocata, chiedendogli di provare a non serrare i denti e di mantenere la bocca aperta. Vedrà che i suoi occhi sono incollati a terra, come succede quando si è in imbarazzo, e gli chiederà di sollevare lo sguardo e di guardare dove sta colpendo. In pratica il terapeuta lavora coi diversi blocchi energetici all'auto-espressione. Durante questo processo il paziente ricorderà che sua madre non lo ascoltava, accorgendosi quindi che sta lottando con un problema vecchio e ricorrente della sua vita. Questo momento è cruciale per la scelta degli interventi successivi. Il terapeuta potrà formulare lui stesso una proposta, oppure terapeuta e paziente potranno discutere insieme se continuare a concentrarsi sul presente o se andare indietro sugli aspetti biografici del trauma infantile. Qualunque decisione venga presa, il terapeuta continuerà a lavorare sulle diverse componenti energetiche. Ci sarà in seguito una condivisione verbale su cosa è cambiato. Il paziente farà sapere al terapeuta se si sente più a suo agio nell'esprimere la rabbia e nel chiedere alla moglie di ascoltarlo e continuerà a cercare di individuare cosa abbia determinato il cambiamento, mentre il terapeuta potrà evidenziare, interpretare o ampliare questo contenuto.

Questa è tipicamente una situazione del modello 1, dove il terapeuta stabilisce una relazione "a-una-persona". Con l'attenzione rivolta alla mente e al corpo del paziente, il terapeuta è un osservatore esterno che aiuta il paziente a crescere e a cambiare istruendolo, rendendogli le cose più evidenti e così via, in modo che possa acquisire una maggior consapevolezza dei blocchi e delle forme di costrizione e arrivare all'"insight energetico", cioè quell'insight cognitivo che si accompagna all'esperienza fisica ed emozionale di un cambiamento interno. Il nostro presunto paziente potrebbe esprimere l'insight energetico così: "Sì, ora posso dire ciò che voglio e ne provo meno vergogna; nello stesso tempo mi sento libero o sollevato o aperto." È in questa accresciuta conoscenza, o insight energetico, che risiede il fattore curativo.

b) Seconda opzione: il terapeuta bioenergetico si concentra principalmente su come utilizzare attivamente se stesso per liberare l'espressività del paziente dalle inibizioni e dai blocchi energetici. Dal processo terapeutico e dalla lettura del corpo, il terapeuta sospetta che, nonostante il paziente si stia lamentando di non riuscire a farsi ascoltare dalla moglie, in realtà le inibizioni a esprimersi e la vergogna che le accompagna abbiano radici biografiche più profonde. Come nella prima situazione presentata, il terapeuta proporrà di urlare la frase "ascoltami", il più forte possibile, colpendo il cubo di gomma, ma questa volta starà dal lato del cubo opposto al paziente. In questa posizione non sarà più in grado di osservare il corpo del paziente così bene come prima, ma aumenterà la possibilità di un contatto visivo. Come prima il terapeuta percepirà che il paziente sta tenendo le braccia troppo strette, gli occhi abbassati e la voce troppo bassa. Ma, invece di lavorare direttamente su questi blocchi energetici, si rivolgerà al paziente dicendogli "Riesco a sentirti". Ciò permetterà al paziente di emergere dall'isolamento e dalla vergogna; egli alzerà con sorpresa gli occhi e incontrerà

quelli del terapeuta. Ricevendo ciò che gli serve con tanta urgenza e che si era già rassegnato a non ricevere, scoppierà a piangere e si ricorderà che originariamente era la madre che non lo ascoltava. Il terapeuta gli chiederà di riprovare a pronunciare la frase, questa volta immaginando di rivolgersi alla madre e provando a sentire se questa richiesta gli risulti più facile, ora che sa che qualcuno lo sta ascoltando. Il risultato potrebbe essere che il paziente si sentirà più capace e a suo agio nell'esprimere i propri desideri alla moglie.

Questa è una situazione tipica del modello 2, in cui il terapeuta ha stabilito una psicologia "a-una-persona-e-mezza". Pur essendo sempre concentrato sul corpo e sulla psiche del paziente, il terapeuta ha ora lo scopo di fornire un'esperienza correttiva a entrambi. In questa diade terapeutica il terapeuta è "colui che dà" e il paziente è "colui che riceve". Il deficit del paziente è l'"assenza interiore del buono", che si manifesta fisicamente in una postura che esprime la rinuncia, in un tono di voce appena udibile e nello sguardo incollato a terra, lontano dal contatto con la gente e col mondo. Il terapeuta è un partecipante empatico (un oggetto buono o un oggetto-Sé), che riempie il deficit del paziente fornendogli un contatto con una persona che lo ascolta, quell'ascoltatore che il paziente non ha mai sentito di avere, sin dall'infanzia. Il terapeuta raggiunge questo scopo, prima prestando attenzione alle parole del paziente e al linguaggio del corpo, come la postura, il movimento, gli occhi e la voce, e poi intervenendo con le parole, il contatto oculare e il tono della voce. In questo caso il principale agente terapeutico è l'aver esperienza di una persona che dà il "buono".

c) Terza opzione: in questo caso il terapeuta bioenergetico si concentra soprattutto su come sfruttare la relazione terapeutica per aiutare il paziente a liberarsi dalle inibizioni e dai blocchi energetici all'espressività. In base al procedere della terapia e alla lettura del corpo, il terapeuta sospetta che, nonostante il paziente continui a parlare della disattenzione della moglie, in realtà le inibizioni a esprimersi e la vergogna che le accompagna abbiano radici biografiche più profonde. Come nella prima e nella seconda opzione, il terapeuta proporrà di urlare la frase "Ascoltami!" il più forte possibile, colpendo il cubo di gomma piuma, ma questa volta, come nella seconda opzione, si porrà dall'altro lato del cubo, di fronte al paziente. In questa posizione non sarà più in grado di osservare il corpo del paziente così bene come prima, ma aumenterà la possibilità di contatto visivo e di un vero e proprio dialogo. Nel rendersi conto che le braccia del paziente sono troppo strette, che la voce è appena udibile e che il contatto visivo viene evitato, il terapeuta si sentirà confuso e irritato per il duplice messaggio che il paziente gli sta inviando. Le parole del paziente dicono che vuole essere ascoltato, ma il comportamento esclude il terapeuta che, sentendosi richiesto e rifiutato allo stesso tempo, dirà: "Sono interessato a ciò che vuoi dirmi e voglio ascoltarti, ma mi sento piuttosto confuso perché, in pratica, mi escludi da te. Tu non mi stai guardando perché non stai veramente parlando con me, ma piuttosto con qualcun altro". Il paziente si sorprenderà, alzerà lo sguardo e, affrontando il terapeuta, realizzerà quanto è difficile per lui credere che qualcuno veramente lo ascolti. Ricorderà che la madre non lo ascoltava e questa consapevolezza lo renderà capace di chiedere: "Tu sei veramente interessato a quello che dico? Se posso crederlo, allora potrei riuscire a guardarti e a parlarti di me". Potrebbe anche capitare che il paziente si sorprenda e si arrabbi con il terapeuta per essere stato ripreso. La rabbia lo farebbe urlare al terapeuta "Sei proprio come mia madre, o non ci sei per niente oppure, se ci sei, sei cattivo". In entrambi i casi paziente e terapeuta potranno elaborare un'autentica esperienza reciproca.

Questa è una situazione tipica del modello 3, in cui il terapeuta e il paziente sono uniti nello stabilire una relazione psicologica duale. L'attenzione è anche qui rivolta alla psiche e al corpo del paziente, ma l'agente terapeutico è la reciprocità, il "dare e ricevere" all'interno della diade. Il terapeuta si lascia coinvolgere partecipando col controtransfert all'azione transferale del paziente. Egli non è più né un osservatore neutro né un individuo che risponde empaticamente, ma un soggetto autentico che si mette in gioco nella relazione qui-ed-ora, utilizzando sia la capacità di lettura del linguaggio del corpo sia gli strumenti verbali. La negoziazione della relazione e delle sue vicissitudini costituiscono il fattore curativo principale.

Situazione 2: per evitare di ripeterci, quest'esempio clinico verrà delineato in modo meno dettagliato. La maggior parte degli psicoterapeuti del corpo sanno che qualcosa di tanto semplice come tenere per mano può essere una tecnica molto efficace. Protendersi per prendere e tenere la mano di qualcuno fa parte del potente contesto del contatto e del coinvolgimento nella diade terapeutica, e, fatto ancora più importante, nel mondo più ampio delle persone. Come verrebbe trattata una situazione di questo genere dal terapeuta osservatore del primo modello e da quello empatico del secondo?

Nella modalità esposta nel primo modello, se il protendere la mano avvenisse spontaneamente, il terapeuta incoraggerebbe il paziente a continuare a tenergli la mano e a esplorarla. Se invece il protendere la mano

fosse conflittuale, il terapeuta inviterebbe il paziente a continuare a tenderla e a sentire quanto questo sia difficile. Gli chiederebbe come si senta a tenere la mano di un'altra persona e quali pensieri emergano; in tal modo paziente e terapeuta potrebbero entrare nel processo energetico e affrontare le origini biografiche del problema. Il terapeuta sottolineerebbe, per esempio, che la stretta è debole e incerta, e potrebbe far risalire questa difficoltà del paziente a tendere la propria mano al fatto che un tempo non c'era nessuno ad accoglierla. Potrebbe anche chiedergli di esagerare il gesto o di lavorare con la tensione muscolare della mano, del braccio e della spalla, per fargli sperimentare mani e braccia come strumenti di contatto e coinvolgimento.

Per quanto riguarda le modalità del secondo modello, il terapeuta rassicurerebbe il paziente dicendogli di essere lì, e che la mano è veramente lì per lui. Lo farebbe con le parole, col tono della voce, con l'atteggiamento, ma, soprattutto, con la mano, rendendola il più disponibile possibile per il paziente. Se il protendere la propria mano e il prendere la mano del terapeuta fossero conflittuali o incerti, il terapeuta incoraggerebbe il paziente a prendere la mano che egli gli sta offrendo e a usare le dita e il palmo per sentire e percepire, e manterrebbe il paziente costantemente concentrato sulla disponibilità del terapeuta. Potrebbe, così, comparire una tristezza catartica, che riguarda il dare e il ricevere un contatto, insieme con la rinnovata speranza di essere capace di coinvolgimento con altre persone.

Secondo le modalità del terzo modello, se il protendere e il trattenere la mano dell'altro sono avvenuti spontaneamente, il terapeuta comunicherebbe al paziente quanto buono e solido gli sia sembrato questo contatto e quanto profondamente abbia sentito questa connessione. Se invece il tendere la mano è stato conflittuale e carico di resistenze, così da risultare incerto o da far sentire il terapeuta rifiutato, allora il terapeuta comunicherebbe di non essere in grado di dire se il paziente voglia o meno quel contatto. Oppure potrebbe dire: "Sono qui a tua disposizione in questo momento e tu o non lo capisci o non lo vuoi". A seconda della reazione del paziente, il terapeuta potrebbe andare oltre dicendo: "Ti rendi conto che questo è un modo per dissuaderti dal mettermi in contatto con te?". In questo caso potrebbe manifestarsi una reazione di rabbia contro il terapeuta, insieme alla consapevolezza del desiderio di contatto. Gli scenari sono diversi a seconda di come il terapeuta esperisce il paziente e a seconda delle reazioni che sceglie di esprimere.

In base alla mia esperienza, i terapeuti corporei, generalmente, hanno maggiore familiarità col primo e col secondo modello, riferibili ad una psicologia "a-una-persona" e "a-una-persona-e-mezza", poiché sono esperti nell'educare; il loro è un lavoro di nutrimento che si ispira alla relazione parentale. Il terzo modello, invece, rappresenta un notevole passo avanti all'interno della psicoanalisi, in quanto comporta una appropriata condivisione di quello che essenzialmente sono le reazioni personali, piuttosto che l'uso di tecniche e interventi provenienti dai propri strumenti professionali. E questa è probabilmente l'arena dove avrà luogo la sfida principale del futuro, anche per gli psicoterapeuti corporei.

A questo punto, è il caso di riprendere il concetto della Stark, cioè che lo psicoterapeuta a indirizzo dinamico, in questo caso il terapeuta bioenergetico, dovrebbe avere esperienza e familiarità con tutti e tre i modelli di intervento terapeutico per ottenere la massima efficienza. Gli esempi di situazioni cliniche e le opzioni che ho presentato spiegano chiaramente il perché. Il forte coinvolgimento personale e il confrontarsi nella relazione che richiede il terzo modello possono impaurire troppo in un determinato momento, ma essere appropriati in un altro. Inoltre alcuni pazienti possono aver bisogno di trascorrere molto tempo nel primo modello, per entrare più direttamente a contatto con le forze vitali del loro corpo e "ri-stabilire la relazione del corpo con se stessi"¹⁰, prima che qualsiasi coinvolgimento fisico nella relazione, correttivo o reciproco, possa avere un senso per loro. Viceversa, ci sono pazienti che hanno bisogno dell'esperienza di essere in relazione con un altro empatico prima che possano osare di entrare, col corpo e con l'anima, nella loro vita interiore. E nondimeno, nella medesima seduta terapeutica, possiamo essere chiamati ad alternare i tre modelli. La decisione di dove posizionarsi come terapeuti potrebbe dover essere presa in una frazione di secondo, oppure gradualmente nel tempo. E questo diventa abbastanza impegnativo.

E voi credevate che la psicoanalisi fosse una professione impossibile!¹¹

Sembra già abbastanza complicato utilizzare l'integrazione dei tre modelli terapeutici della Stark nelle terapie psicodinamiche verbali, dove la realtà delle interazioni è circoscritta alla natura verbale del setting. Quando si introducono questi tre modelli in un processo che lavora a livello sia verbale che fisico, la complessità può diventare spaventosa, e mi domando se ci possa essere uno psicoterapeuta corporeo "completo". Mi sembra più probabile scegliere uno dei modelli come base, a seconda della propria struttura caratteriale e

della propria sensibilità. Alcuni di noi si sentiranno più a loro agio nell'istruire, altri nel fornire esperienze parentali, e altri ancora nell'andare incontro. Un aspetto notevole della formulazione teorica della Stark è che permette di avere un primo modello base e di sperimentare periodicamente gli altri due, presumibilmente a seconda delle esigenze del paziente. Ma la mia tesi fondamentale è che, nella psicoterapia corporea, l'uso di solidi principi analitici può organizzare ciò che spesso, pur essendo ricco, è caotico, in un approccio potente, coerente, e dotato altresì di una certa eleganza.

Note

¹. C'è un'ampia letteratura in materia: per una panoramica vedi M. Gill (1994), S.A. Mitchell (1998) e M. Stark (1999).

². M. Stark pag. 3 e pag. XV.

³. Per una descrizione più completa vedi M. Stark (1999). L'approccio di Stark è ricco di sfumature e questo documento rappresenta il primo di una serie di "passaggi" tra il suo lavoro e l'analisi bioenergetica.

⁴. Secondo la classificazione di Stark, le teorie delle relazioni oggettuali che enfatizzano "l'assenza interna del buono" sono esempi del secondo modello, mentre le teorie delle relazioni oggettuali che enfatizzano "la presenza interna del cattivo" sono esempi del terzo. Per una discussione più dettagliata, vedi Stark, pagg. 74-77 e 204-208.

⁵. M. Stark (1998), pag. 1.

⁶. M. Stark (1999), pag. XXIII.

⁷. Per una discussione sull'integrazione dei principi psicoanalitici nell'analisi bioenergetica operata da Lowen, vedi A. Lowen (1958). Lowen rivede lo sviluppo delle tecniche analitiche e spiega la sua posizione: perché e dove egli si allontani dalla psicoanalisi e quali aspetti della psicoanalisi egli integri nell'analisi bioenergetica. In questo libro, egli descrive in dettaglio come alla base della sua teoria ci sia l'Analisi del Carattere di Reich.

⁸. Nei momenti difficili di crollo e di breccia, i loweniani spesso assumono una posizione "a-una-persona-e-mezza".

⁹. P. Schindler (1996) parla in questo contesto di "analisti bioenergetici di seconda generazione".

¹⁰. B. Cornell (1998), pag. 3.

¹¹. J. Malcolm (1994).

Bibliografia

L. Aaron e F.S. Anderson (1998), *Relational Perspectives on the Body*, The Analytic Press, Hillsdale NJ

M. Balint (1968), *Il difetto fondamentale*, tr. it. in *La regressione*, Cortina, Milano, 1983

J. Benjamin (1992), Recognition and destruction: an outline of intersubjectivity, in: *Relational Perspectives in Psychoanalysis*, ed. N.Scolnick e S.Warshaw

B. Cornell (1998), Transference, Desire and Vulnerability, documento allegato a *Energy&Character*

- D.B. Ehrenberg (1992), *The Intimate Edge*, Norton, New York
- W.R.D. Fairbairn (1954), *An Object-Relations Theory of the Personality*, Basic Books, New York
- M. Gill (1994), *Psicanalisi in transizione*, tr. it. Cortina, Milano, 1996
- H. Kohut (1971), *The Analysis of the Self*, International Universities Press, New York
- A. Lowen (1958), *Physical Dynamics of Character Structure*, Grune&Stratton, New York
- A. Klopstech (2000), Psicanalisi e Psicoterapie corporee a confronto, *Bioenergetic Analysis*, vol.11, num.1
- J. Malcom (1981), *Psychoanalysis: The Impossible Profession*, A. Knopf, New York
- S.A. Mitchell (1988), *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1993
- T. Odgen (1997), *Reverie and Interpretation*, Jason Aronson, Northvale, NJ
- W. Reich (1933), *Analisi del carattere*, tr. it. Milano, SugarCo, 1973
- P. Schinder (1996), Woher wir kommen – wohin wir gehen: Zur Geschichte und Entwicklung der Bioenergetischen Analyse, in: *T. Ehrensperger (Hrsg): Zwischen Himmel und Erde, Körper und Seele*, Bd 5, Schwabe Verlag, Basel
- M. Stark (1998), *When the Body Meets the Mind: What Body Psychotherapy Can Learn from Psychoanalysis*, tavola rotonda a The First National Conference of the United States Association for Body Psychotherapy
- M. Stark (1999), *Modes of Therapeutic Action*, Jason Aronson, Northvale, NJ
- R. Storolof, B. Brandchaft e G. Atwood (1987), Principles of Psychoanalytic exploration, in: *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*, Analytic Press, Hillsdale, NJ
- D.W. Winnicott (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, tr. it. Armando, Roma, (1970)

Da: *Journal of Bioenergetic Analysis*, vol.11, num.1, pagg.55-66

Traduzione di Elena Marocco e Donatella Nelli, a cura di Marta Pozzi e Monique Mizrahi.