



Psicobiologia degli affetti: implicazioni per una psicoterapia somatica di Helen Resnick-Sannes

Introduzione

Scoperte recenti, derivanti dall'osservazione di coppie che accudiscono neonati, hanno confermato quanto i terapeuti che lavorano sul corpo sapevano da tempo: le prime esperienze di attaccamento vengono codificate nell'emisfero destro del cervello, vi rimangono senza essere trasformate in simboli, e sono disponibili attraverso la comunicazione corporea nell'ambito di una relazione. Allan Shore ha fatto un compendio di questo lavoro concentrandosi sul passaggio di informazioni che avviene tra l'emisfero destro del neonato e quello di chi lo assiste e viceversa. Poiché, nel neonato, la capacità di fronteggiare attivamente le situazioni difficili è poco sviluppata, chi lo assiste è lo strumento di regolazione del suo stress e quindi del suo senso di sicurezza. Infatti i sistemi di regolazione che integrano la mente col corpo sono prodotti dai circuiti limbici spontanei (Rinam, Levitt, & Card, 2000) e, dal momento che il loro sviluppo dipende dall'esperienza, nei periodi critici della crescita sono vulnerabili ai traumi che possono derivare dalle relazioni.

Shore ha esteso al processo terapeutico le scoperte derivanti dall'analisi della relazione tra il neonato e la persona che si prende cura di lui. Egli afferma che la comunicazione tra cliente e terapeuta è un'esperienza percettiva basata su segnali somatosensitivi che il terapeuta, come una madre sufficientemente buona, deve interpretare per poter offrire l'intervento appropriato in quel momento. Questa affermazione conferma la teoria psicanalitica che sostiene che il processo di guarigione, che si svolge tra cliente e terapeuta, è prevalentemente inconscio. (Schoore, A.N., 1994, 1996, 1997a, 1997b, 1997c, 1998, 2000a, 2000b, in stampa)

Lo studio di Shore ha conseguenze importanti sulla terapia somatica. Egli sostiene che la psicoterapia non è solo un'esperienza verbale in cui gli affetti sono simbolizzati. Al contrario, oggi la terapia è focalizzata sulle esperienze non verbali che intercorrono tra terapeuta e cliente e sul modo in cui la relazione tra i due viene utilizzata per regolare l'affettività. Questi segnali somato-sensoriali, inconsci secondo Shore, sono fondamentali per una terapia psicosomatica focalizzata sull'esperienza fisica – prevalentemente conscia – della sensazione, dell'odorato, del calore.

La ricerca empirica sull'interazione tra il neonato e la persona che si prende cura di lui mette in discussione sia il principio che il terapeuta si debba mantenere distaccato dal cliente che quello che egli possa offrire una cura adeguata solo sulla base di una lettura del corpo che individui le funzioni bloccate. Sin dalla nascita la nostra è una matrice relazionale e la terapia si basa sui vicendevoli effetti che cliente e terapeuta hanno l'uno sul corpo dell'altro. Molti esempi tratti dalla mia esperienza illustrano la regolazione dell'affettività in una terapia bioenergetica.

La psicobiologia dell'affettività

In passato sia gli analisti che i teorici del comportamentismo svilupparono le loro teorie sul mondo interiore infantile sulla base delle informazioni offerte dai pazienti adulti durante la psicoterapia. Recentemente, invece, la letteratura psicanalitica si concentra sul neonato in modo empirico, basato, cioè, sull'osservazione e sull'indagine di molte coppie neonato-nutrice. Questa ricerca ha portato a nuove con-

clusioni sullo stato pre-verbale e sull'importanza di lavorare sul corpo e di usare il contatto nella terapia analitica.

Il privilegio, che un tempo si riservava al linguaggio, ha adeguatamente protetto i clinici da una grande quantità di dati non verbali, sia consci che, più spesso, inconsci, che creava confusione nel lavoro coi pazienti. In tempi recenti, tuttavia, i terapeuti hanno cominciato a capire sempre di più il significato che ha l'esperienza non verbale sullo sviluppo dell'uomo. L'esplosione di ricerche sulla fase neonatale ha chiarito l'incredibilmente ricca e complessa natura dell'ininterrotto dialogo sociale che si svolge tra il neonato e chi se ne prende cura. Dialogo che, almeno da parte del neonato, è essenzialmente non verbale. (Toronto, 2001, p.40)

Allan Schore è stato all'avanguardia nel raccogliere una grande quantità di dati derivanti dalla ricerca sui primi tre anni di vita, dati dai quali risulta che la comunicazione tra il bambino e chi se ne prende cura, quasi sempre la madre, avviene attraverso l'emisfero destro del cervello. Egli ha scoperto che esiste un periodo di tempo critico in cui il neonato, intorno ai tre o quattro mesi di età, inizia a rispondere allo sguardo dell'altro e a sostenerlo. È in questo momento che la madre incomincia ad aiutarlo a organizzare l'affettività e che si verifica un cambiamento nella struttura del cervello, precisamente nella regione occipitale della corteccia cerebrale. La madre calma il bambino quando è sovraeccitato o lo stimola sorridendogli, parlandogli, solleticandolo, e così via. Durante questi primi pochi mesi di vita, mentre il neonato continua a sperimentare la relazione, si sviluppa la corteccia orbitale frontale, la zona coinvolta nella comunicazione tra le tre parti del cervello – la rettiliana, la limbica e la corteccia frontale.

È stato così scoperto che si nasce con delle capacità innate fortemente orientate verso la relazione e che il neonato si sviluppa in una matrice relazionale con chi lo cura sin dalla nascita; il suo sistema limbico è un circuito aperto che non si autoregola, ma ha bisogno della presenza di un'altra persona. Il neonato e la persona che si prende cura di lui costruiscono insieme una relazione all'interno della quale si sviluppa la mente. Questa struttura può essere danneggiata qualora non ci sia una appropriata risonanza empatica da parte della madre/nutrice.

La psicobiologia dell'attaccamento

Schore definisce attaccamento come l'organizzazione delle emozioni che avviene tra il bambino e chi se ne prende cura. "Il neonato si lega alla persona che per prima se ne prende cura e si regola su di lei che non solo ridimensiona le risposte emotive negative, ma anche offre le migliori opportunità per risposte emotive positive" (Shore, in corso di stampa). Questo legame deriva principalmente dalla capacità della nutrice di calmare e/o stimolare, secondo le esigenze del neonato in quel determinato momento. L'emisfero destro di chi ha questo compito, quasi sempre la madre, riceve informazioni sullo stato interno del bambino e vi risponde con parole, col tono e la modulazione della voce, con gli sguardi, col tocco della mano; tutto questo avvolge il neonato come in un bozzolo. Essa offre contenimento e calma o stimola la vitalità, aiuta il bambino a percepire i confini del suo corpo e lo incoraggia così a separarsi. Tutto questo avviene a livello pre-verbale. Queste esperienze determinano lo sviluppo dell'emisfero destro del cervello che è quello dominante nei primi tre anni di vita.

L'emisfero destro è in comunicazione soprattutto col sistema limbico e col sistema nervoso autonomo, che è addetto all'affettività e al controllo degli stati somatici. Non appena il bambino cresce, questo sistema non è più un circuito completamente aperto: egli comincia ad auto-regolarsi, anche se le prime interazioni continuano a riecheggiare nella sua struttura nervosa. Quei primi modelli di attaccamento risiedono nel lobo limbico dell'emisfero destro del cervello, dove sono immagazzinati come memoria implicita e, anche se non sono collegati al linguaggio, possono essere conosciuti.

Una mia esperienza personale spiega bene il funzionamento di queste memorie. Ho avuto la fortuna di partorire mia figlia a casa, e così la mattina, dopo la nascita di Myrrhia, potevo accendere la radio mentre la allattavo. La musica gospel rispecchiava adeguatamente la gioia che provavo nel tenere tra le braccia una creatura così bella, e allora cominciavo a danzare. Prima di allora non avevo mai prestato molta attenzione alla musica gospel, e certo non mi aveva mai fatto danzare. Così mi ritrovai a ballare al suono di quella musica per i primi tre anni dell'infanzia di Myrrhia, e ne comprai anche un paio di album.

Molti anni dopo, quando Myrrhia aveva già otto anni, mia zia Barbara mi raccontò che Helen Bell, la donna di colore che si era occupata di me per i miei primi cinque di vita, aveva un ruolo importante nel coro della chiesa e ogni sabato danzava nelle navate alla guida della comunità. Essa amava la musica gospel e sicuramente le era capitato di ballare mentre teneva tra le braccia me bambina.

Così, sebbene non sapessi che Helen Bell frequentava la chiesa e danzava, il mio corpo aveva conservato la memoria di quell'esperienza. Il tenere tra le braccia la mia bambina aveva liberato memorie della mia stessa infanzia di cui non avevo saputo nulla fino al momento in cui mia zia Barbara me ne parlò.

Le prime esperienze di attaccamento sono immagazzinate nella zona limbica del cervello come un prototipo per le relazioni future.

Un neonato cerca di sintonizzarsi sui genitori ma non può giudicare se e quanto essi siano buoni. Egli vi si attacca comunque essi siano, con quella stabilità incondizionata che dichiariamo di cercare nei legami successivi: nel bene e nel male, in ricchezza e in povertà, in salute e in malattia. L'attaccamento è acritico: un bambino adora il volto della propria madre e corre da lei, sia che sia graziosa sia che non lo sia. E preferisce i modelli emotivi che ha imparato nella sua famiglia, a prescindere dalle loro qualità obiettive. Diventato adulto, propenderà verso questi stessi schemi. Più il compagno potenziale si avvicina al suo prototipo, più ne sarà attratto e affascinato e più sentirà di *appartenergli*. (Lewis, Amini e Lannon, 2000, p.160)

Sebbene anche i rapporti successivi siano formativi, sono questi primi modelli a creare in noi delle risonanze che influenzeranno la scelta del partner e dei legami affettivi durante tutta la vita, compreso il rapporto col terapeuta. Il processo terapeutico imposterà poi nuovi modelli nel sistema limbico del cliente, ma questo richiederà molto tempo.

Conseguenze per la psicoterapia

Le più recenti ricerche sulle coppie costituite dal neonato e da chi se ne prende cura hanno influenzato le modalità del rapporto che si stabilisce tra terapeuta e cliente e ci forniscono informazioni su ciò che è la guarigione nel processo terapeutico. (Beebe, B., Jaffe, Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C., & Jasnow, M., 2000, Beebe e Lachmann, 1994, Zeddies, 2000, Amini, Lewis, Lannon, e altri, 1996). Fondamentalmente queste ricerche hanno confermato quello che le teorie analitiche avevano ipotizzato da tempo, e cioè che il processo di guarigione avviene a livello inconscio da parte di entrambi i componenti della relazione terapeutica. In base agli studi sullo svi-

luppo cerebrale nel neonato, Shore ha avanzato l'idea che la comunicazione nell'emisfero cerebrale destro sia inconscia. Il processo di guarigione si basa prevalentemente sulla capacità del terapeuta di leggere i segnali somato-sensoriali provenienti dal cliente e di rispondervi in modo adeguato, sempre a livello sensoriale. L'emisfero destro del terapeuta decodifica lo stimolo emozionale derivante "dall'effettiva reazione emozionale a livello corporeo, cioè da una forma di corrispondenza empatica" (Day and Wong, p.651), e questo permette al terapeuta empatico di interagire con le disfunzioni interiori del paziente per regolarle. Il terapeuta non si limita a leggere le manifestazioni esteriori, ma, come "una madre sufficientemente buona", è capace di capire gli stati d'animo del cliente, utilizzando il proprio processo somato-sensoriale, per poi aiutarlo ad analizzarli e a gestirli. Come afferma Bob Lewis: "è il proprio corpo lo strumento principale che permette al terapeuta di entrare in sintonia col cliente a livello psicobiologico." (pag. 4)

Dato che i terapeuti che lavorano col corpo sono allenati a essere consapevoli dei propri processi corporei interiori, quello che resta inconscio per un analista raggiunge un alto livello di consapevolezza per uno psicoterapeuta bioenergetico ben preparato. Come afferma Lowen (1975): "Se non si è consapevoli del proprio corpo, è perché si ha paura di percepire le proprie sensazioni. Quando queste ultime hanno la capacità di impaurire, di solito vengono sopresse tramite una tensione muscolare cronica. Questa fa sì che nelle aree interessate non si sviluppino flussi eccitatori o movimenti spontanei". Dal momento che noi, come terapeuti bioenergetici, durante la nostra terapia abbiamo dovuto lavorare proprio sulle sensazioni che ci facevano paura, cerchiamo di essere consapevoli delle nostre tensioni muscolari in modo che il meno possibile di quanto accade dentro di noi resti inconscio. Infatti sono i segnali corporei a indicarci la presenza di sensazioni minacciose sia nel nostro corpo che in quello del cliente.

Shore sostiene che un buon terapeuta deve essere capace di sintonizzarsi sul cliente e di concentrarsi su quello che il proprio corpo gli comunica. Da parte sua Lowen sostiene che: "Chi da bambino non ha mai sperimentato coscientemente certe sensazioni, non potrà mai acquisirle con l'analisi. Quando un individuo, agli inizi della vita, ha sofferto per mancanza di sicurezza, quello che gli è necessario nella terapia è non solo l'analisi, ma l'opportunità e i mezzi per acquisire quel senso di sicurezza nel presente." (Lowen, 1958, p. 23) In altre parole un'analisi verbale non potrà mai sostituire quelle esperienze somato-sensoriali che sono necessarie per sentirsi sicuri del legame affettivo con un'altra persona anche successivamente, durante la vita.

Shore afferma che la terapia si deve concentrare sul continuo distruggere e ricostruire quel legame sintonico che si viene creando tra terapeuta e cliente. Attraverso il ripetersi delle interazioni la psicoterapia può modificare l'emisfero destro del cervello e il sistema limbico, ma questo richiede molto tempo. Quando si lavora su problemi infantili è fondamentale che l'informazione tra terapeuta e cliente si svolga a livello fisico. Il terapeuta deve rispondere appropriatamente allo stato interiore del cliente in quel momento. Le interruzioni del legame di attaccamento attivano il sistema limbico del terapeuta ripercuotendosi in tutto il suo corpo. Il terapeuta che ha avuto una formazione anche somatica sa focalizzarsi sulle informazioni che il corpo gli offre e sa usare questi dati per analizzare la qualità del rapporto di impegno e di disimpegno durante la terapia. Un buon analista bioenergetico è consapevole e capace di analizzare tanto il proprio stato corporeo quanto quello del cliente.

Conseguenze per la terapia bioenergetica

I risultati delle ricerche sull'età infantile hanno messo in discussione l'opinione che il cliente sia un sistema isolato, i cui stati energetici o emozionali possono essere

valutati con una analisi obiettiva del corpo e del carattere. Il cliente è un individuo il cui corpo e la cui anima sono così profondamente immersi nella relazione, compresa quella che si crea con lo psicoterapeuta, che la sua esperienza corporea si forma in quell'ambito interpersonale.

L'attenzione si sposta dall'analisi della patologia caratteriale del cliente al considerare come sia il cliente sia il terapeuta influenzino reciprocamente il risvegliarsi di stati d'animo e di attività fisiologiche, come il desiderio di contatto e di intimità e il reciproco controllo su di essi. Questo conferma l'esperienza dello psicoterapeuta corporeo che non si sente un osservatore neutrale che si limita a leggere sul corpo del cliente quali funzioni siano bloccate o se lo stato caratteriale e muscolare sia ipototonico o ipertonico, ma si sente un corpo che, stando insieme a un altro in una stanza, entra con esso in risonanza di contatti, parole e sguardi. Sebbene la situazione interiore del cliente continui a essere considerata fondamentale, i risultati della ricerca infantile hanno fatto sì che la nostra attenzione ora si rivolga anche ai nostri propri stati somatici interiori. Stark la chiama "terapia a due persone" (1999): il terapeuta deve prestare attenzione alla propria esperienza somatica e usare le informazioni che ne derivano per capire quanto sta avvenendo tra lui e il cliente. Stark afferma anche che tali informazioni non sono sempre utili al cliente, anzi possono essere un carico eccessivo per lui.

Quando si è in sintonia, il rapporto interpersonale scorre con facilità. Il cliente viene alla seduta per mostrare, sia coscientemente che inconsciamente, quello che non funziona in lui; quanto più traumatica è stata la sua storia, tante più anomalie egli indicherà.

Ritengo che per noi l'esercitarsi nella lettura del corpo sia importante, ma dovrebbe avvenire all'interno della relazione. Il problema è che con la lettura del corpo ci siamo comportati come faceva Doyle quando scriveva i romanzi polizieschi di Sherlock Holmes. Doyle già conosceva chi era il colpevole, così il protagonista Sherlock Holmes interpretava gli indizi offertigli in modo che si adattassero a quello che Doyle aveva già prestabilito essere la verità. La lettura del corpo può comportare lo stesso errore di mettere insieme e interpretare gli indizi in modo che si adeguino all'idea che abbiamo di una struttura caratteriale, senza porci il problema di cosa questo significhi per una data persona in un dato momento della relazione, senza chiederci se questa struttura è ereditaria o determinata dalle circostanze. Certi corpi reagiscono in modo diverso ai diversi tipi di stimolazioni e alla loro quantità. È necessario indagare su come si è formata l'esperienza del proprio corpo e della propria identità (modo di pensare, idee, desideri, paure, aspettative) sin dalle prime esperienze di attaccamento. Lo scopo della terapia è, quindi, quello di offrire alla persona nuove esperienze del proprio corpo e della propria identità e la possibilità di un diverso modo di relazionarsi con gli altri.

Casi

I casi seguenti dimostrano quanto nella terapia bioenergetica sia giusta l'idea di Shore della necessità di un "regolatore psicobiologico che sia basato sulla sintonia". Ho dato uno pseudonimo a ciascuno dei clienti e ho cambiato alcuni dei fatti per proteggere la loro identità. Linda, che rappresenta un caso di eccessivo autocontrollo, doveva essere stimolata a percepire e a esprimere i sentimenti, soprattutto la rabbia. Invece Jim entrò in terapia perché la struttura terapeutica poteva offrire un "contenimento" all'eccesso di stimolazione. Infine Jane presentava un quadro di ambedue gli stati: un eccesso e una carenza di stimolazione; il contatto fisico per lei era terrificante e la

sommergeva; per acquietarsi aveva bisogno della parola, senza la quale si sentiva abbandonata e sola.

Linda entrò in terapia lamentando dei problemi all'articolazione temporo-mandibolare. Sua madre era alcolista e, come succede spesso quando un membro della famiglia è dipendente dall'uso di una sostanza, per difendersi Linda aveva imparato a negare o a minimizzare. Aveva anche altre valide ragioni per essere arrabbiata: era stata coinvolta in una battaglia legale per l'affidamento della figlia. Insieme preparammo diverse strategie per affrontare le richieste del padre di sua figlia e della di lui moglie. In ogni caso, nel suo ideale di famiglia, l'esprimere la rabbia e le emozioni estreme era considerato pericoloso. Suo padre, una persona solitamente mite nei modi, se si arrabbiava con una delle sue sorelle, la scagliava contro il muro. Quando Linda era piccola, un'altra sorella la picchiava fino a farle perdere i sensi.

I segnali somatici della paura e dell'aggressività erano bloccati principalmente nelle spalle e nella mascella di Linda. Sviluppare strategie di comportamento con il marito e con l'attuale moglie di lui la aiutò a rilassare la mascella e a sentire meno dolore. Le facevo colpire un cuscino, non per scaricare l'aggressività, ma per conoscere meglio quali muscoli usasse per trattenerla. Diceva di aver paura a colpire e insisteva affermando che non avrebbe mai potuto far del male a qualcuno e io le ricordavo che non le stavo chiedendole di fare del male a qualcuno, ma solo di "sentire" quali muscoli fossero coinvolti dal colpire.

Non avevo paura di essere aggredita: il mio corpo era rilassato e tranquillo anche quando Linda era arrabbiata. Avevo avuto in cura per un anno e mezzo un cliente che continuava ad affermare di non essere un violento, ma non mi ero mai sentita al sicuro quando lavoravo in studio con lui. Avevo continue fantasie di lui mentre attaccava una indistinta forma scura e sentivo delle contrazioni nervose nel profondo del mio corpo che mi dicevano che la sua aggressività non era sotto controllo. Per citare Shore: "L'interazione tra cliente e psicoterapeuta che permette di registrare i ricordi infantili più antichi è essenzialmente immaginifica, viscerale e non verbale, una modalità che continua per tutta la vita" (Shore, in via di stampa). Sebbene questo cliente negasse di essere mai stato violento nel passato, rabbia e sadismo fluivano dal suo corpo nel mio.

Comunque, per quanto riguardava Linda, mi sentivo sicura di poterle offrire un contenimento; in realtà essa si proteggeva anche troppo. Quando parlava di avvenimenti che suscitavano in lei la rabbia, sentivo le scapole contrarsi e irrigidirsi più del normale e riscontravo lo stesso fenomeno nel suo corpo. Espiravo l'aria e lasciavo cadere le spalle per dare maggiore apertura alla schiena, ma continuavo a sentire la tensione nelle braccia e nelle gambe. La invitavo a rivolgere l'attenzione al proprio corpo fino a quando non diventò consapevole delle tensioni nella parte alta della schiena. Le parlavo del suo diritto di essere arrabbiata, le dicevo che la sua rabbia era giusta, che era un sentimento naturale quando si è stati feriti e trattati male. Le spiegavo come il suo corpo fosse pronto a combattere e che era quello che la muscolatura della schiena voleva fare.

A differenza di Linda che soffocava quasi completamente l'emergere delle proprie emozioni, un altro cliente, Jim, quando era in seduta terapeutica con me, si esponeva troppo alle stimolazioni. Disteso sul materassino, vibrava per l'ansia e per la paura. Dice Shore "la madre deve essere in sintonia non tanto con il comportamento manifesto del bambino quanto con l'espressione del suo stato interiore; deve anche essere capace di controllare i propri segnali interiori e di differenziare il propri stati emotivi, modulando i livelli di stimolazione in modo da non eccitare troppo il bambino" (in via di stampa).

Io cercavo di essere una presenza tranquilla, come quella della vecchia signora del libro per bambini *Good Night Moon*, che, quando diventa buio, fa la guardia nella stanza, sussurrando: “Silenzio”. Stavo ferma, respirando piano per contenere il mio campo energetico: il troppo movimento avrebbe potuto creare sovraccitazione e paura.

Nello studio Jim aveva preso una mia fotografia perché, dopo avermi lasciato, non riusciva a rappresentarsi mentalmente il mio volto. Shore afferma che: “l’attivazione biologica del legame dell’attaccamento avviene nella situazione faccia-a-faccia in cui è più facile leggere i segnali affettivi che provengono dal volto dell’altro”. Poiché la madre di Jim era maniaco-depressiva e psicotica, egli riusciva a evitare la sofferenza del vedere quelle manifestazioni solo abituandosi a non ricordarne il volto. Jim voleva toccare la mia faccia per vedere come ero veramente e desiderava passare la notte nello studio dove si sentiva al sicuro. I bambini toccano spesso il volto della madre per percepire anche il movimento di quello che vedono.

Un’altra scoperta importante per la psicoterapia somatica è che i neonati sono sensibili allo svilupparsi delle interazioni non verbali. Se si dà loro da succhiare vari tipi di ciuccio, anche se non li hanno ancora visti, generalmente preferiscono quello che hanno già succhiato. Sin dalla nascita un bambino è capace di passare dalla modalità tattile a quella visiva, e viceversa. Questo significa che egli è fortemente portato a un tipo di comunicazione che attraversa più modalità ed è in grado, quindi, di identificare chi si occupa di lui sia dal contatto fisico, che dall’odore, che dal suono della voce. Un’informazione in una modalità influenza le altre. Un neonato cieco riconosce la madre ed è tranquillizzato o stimolato dal suono della sua voce e dal suo tocco. La sola informazione visiva può non essere essenziale per la costruzione delle strutture del cervello.

Jim, che era un pittore ben noto, era sconcertato dalla sua incapacità di costruirsi un’immagine visiva della mia faccia. Allora pensava che forse, se mi guardava in faccia tenendomi per mano e toccandomi, avrebbe potuto ricordarmi meglio; talvolta esplorava anche il mio volto con le mani per poterlo mantenere visivamente nella mente.

Jane presentava una mescolanza di eccessiva apertura e di eccessiva chiusura alla ricezione degli stimoli. Era stata adottata appena nata. Aveva tentato di avere dei contatti con la madre naturale che l’aveva rifiutata per difendere la propria vita.

Ambedue i genitori adottivi diventarono alcolisti e Jane parlava del padre come di un “ubriacone collerico”. Raccontava che, a cinque e sei anni, ancora si bagnava perché aveva paura di entrare in casa per andare al gabinetto. La madre non l’aveva mai punita ed essa diceva che non sapeva bene di cosa avesse paura. In ogni caso non si bagnava né quando era a letto, né quando era a scuola.

Aveva lasciato il terapeuta, che l’aveva avuta in cura per due anni, perché le pesavano i suoi silenzi. Jane sedeva con le spalle incurvate verso il petto e la testa piegata in modo da presentare solo il lato destro del volto; sembrava una bambina timida che sbircia con l’occhio destro. A differenza di Jim, non riteneva che il mio abituale livello di attivazione la stimolasse troppo. Infatti amava il mio modo di parlare che trovava piacevolmente stimolante; dopo che avevamo parlato per un po’, si rilassava nella sedia e la tensione nei suoi occhi si allentava.

Comunque il contatto fisico era per lei terrificante: quando, seduta sulla sedia, mi chinavo in avanti come per avvicinarmi, le mani le diventavano fredde e sudate, le spalle le si sollevavano e l’occhio destro assumeva la stessa espressione di paura mortale di quello sinistro. Lentamente, col tempo, quando riuscii a regolare le modalità del contatto in base alle sue necessità, il corpo di Jane si ammorbidì; essa cominciò a parlare con più spontaneità, lo sguardo divenne più vivo e presente, e, infine, anche il

contatto fisico le sembrò piacevole. Man mano che Jane si rilassava, io diventavo più consapevole del mio corpo, di come stavo a sedere e del sostegno che la sedia mi offriva.

Una terapia esclusivamente verbale non avrebbe mai potuto venire incontro ai bisogni di Jane. D'altra parte, mentre un terapeuta che non parla le avrebbe riproposto il trauma dell'abbandono materno, uno più interattivo a livello verbale avrebbe potuto non cogliere il grado di paura e lo shock che il contatto fisico creavano in lei. Jane aveva bisogno di essere tenuta nella relazione con le parole per poter poi affrontare il rischio di un contatto fisico e il terrore che ne derivava. Alla fine, negoziando tra la quantità di parole e di silenzi, di vicinanza fisica e di distacco, trovammo un punto di equilibrio nella stimolazione. Questo punto di equilibrio variava da una seduta all'altra e anche all'interno della stessa seduta, e tuttavia continuammo a individuarlo.

Sommario

Come psicoterapeuti che lavorano col corpo, siamo stati addestrati a essere consapevoli del campo energetico che condividiamo col cliente e a utilizzare le informazioni provenienti dal loro come dal nostro corpo. La ricerca empirica sulla diade neonato-nutrice ha confermato che la maggior parte delle informazioni che acquisiamo dai nostri clienti è di natura non verbale. Guidati da questa auto-consapevolezza somatosensoriale, i terapeuti bioenergetici riescono con maggior facilità a entrare in quella risonanza empatica che è offerta dall'emisfero destro del cervello, sede dell'inconscio, offrendo un'appropriata retroazione positiva. I segnali psicosomatici suggeriscono infatti al terapeuta la risposta che corrisponde a un adeguato tipo di stimolazione e quale sia il tipo di rimedio interattivo utile a quegli stati emozionali fortemente negativi che sono stati indotti da precedenti esperienze di attaccamento. Gli psicoterapeuti che lavorano col corpo si sottopongono a anni di formazione per imparare a individuare e a decifrare questo tipo di informazioni. Per questo, dovrebbero essere i più preparati a offrire un tipo di relazione in sintonia con i bisogni del cliente.

BIBLIOGRAFIA

1. Beebe, B. Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S. Crown, C., & Jasnow, M. (2000) Systems models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 21, 99-122.
2. Beebe, B. & Lachmann, F. (1994). Representations and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-167.
3. Day, R. & Wong, S. (1996) Anomalous perceptual asymmetries for negative emotional stimuli in psychopath. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 648-652.
4. Lewis, T., Amini, F., and Lannon, R. (2000) *A General Theory of Love*. Random House.
5. Lewis, Robert (2001). *Projective Identification Revisited: Listening with the Limbic System*. Unpublished presentation at Mt. Sinai, New York University Medical System Psychotherapy Conference.
6. Lowen, A. *Bioenergetica*, Feltrinelli, Milano 1983.
7. Lowen, A. *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli, Milano 1978.
8. Rinaman, L., Levitt, P., & Card, J.P. (2000). Progressive postnatal assembly of limbic-autonomic circuits revealed by transneuronal transport of pseudorabies virus. *Journal of Neuroscience*, 20, 2731-2741.

9. Shore, A.N. (1994) *Affect Regulation and the Origin of the Self: The neurobiology of human development*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum. Shore.
10. Shore, A.N. (1996) The experience-dependent maturation of a regulatory system of an evaluative system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
11. Shore, A.N. (1997a) Early organization of the non linear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9, 596-631.
12. Shore, A.N. (1997b) Interdisciplinary developmental research as a source of models. In M. Moskowitz, C. Monk, C.Kaye, & S. Ellman, (Eds.) *The Neurobiological and developmental basis for psychotherapeutic intervention*. Northvale, NY: Aronson.
13. Shore, A.N. (1997c) A century after Freud's Project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 841-867.
14. Shore, A.N. (1998c) Early trauma and the development of the right brain. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, Faculty of Child and Adolescent Psychiatry 11th Annual Conference, Sidney, Australia, ottobre 1998.
15. Shore, A.N. (2000a) Forward to the reissue of *Attachment and Loss*, Vol.1: *Attachment* by John Bowlby. New York: Basic Books.
16. Shore, A.N. (2000b) Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development* 2, 23-47.
17. Shore, A.N. (2000c) The self-organization of the right brain and the neurobiology of emotional development, neurobiology of human development. In MD Le&is I. Granic (Eds.) *Emotion, Development and Self-Organization*, New York: Cambridge University Press.
18. Shore, A.N. (in via di stampa) The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*.
19. Stark, M. (i999) *Modes of Therapeutic Action*, Northvale New Jersey: Jason Aronson, Inc.
20. Toronto, E. (2001) The human touch: An exploration of the role and meaning of physical touch in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 8,1.

Da *Bioenergetic Analysis*

Traduzione di Donatella Nelli, a cura di Monique Mizrahil