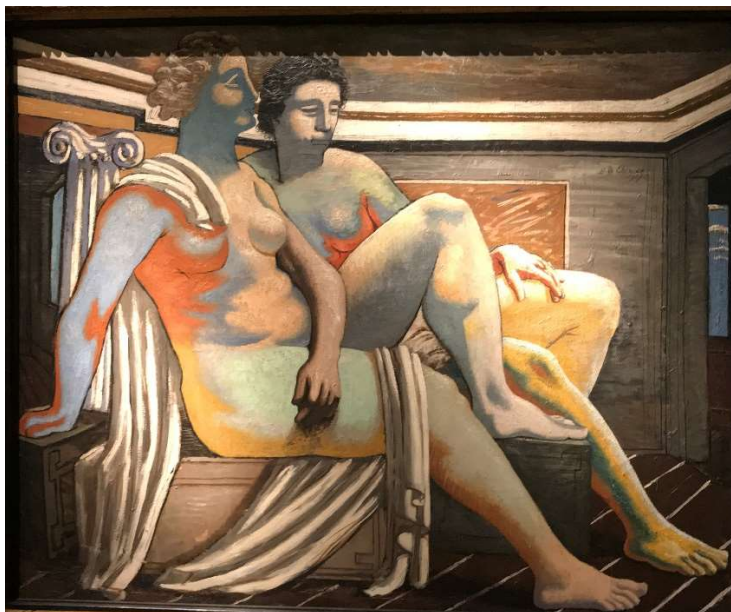


Il corpo nella Psicoterapia centrata sulla persona

Paolo Ballarin



Questo scritto è l'adattamento di un capitolo di *Sguardi di cura*, a cura di Maura Anfossi, pubblicato nel 2013, lo presento qui con alcune minime modifiche.

È una riflessione generale intorno al coinvolgimento nel corpo in psicoterapia, riferendomi sia alle forme di psicoterapia esplicitamente ad orientamento corporeo, sia alle psicoterapie verbali.

Il punto di partenza è una lettura dell'Approccio Centrato sulla Persona, il modello psicoterapeutico elaborato da Carl Rogers all'interno della psicologia umanistica, in termini di possibile integrazione con forme di psicoterapia ad orientamento corporeo.

Rispetto al passato, molti psicoterapeuti provenienti da diverse scuole utilizzano oggi tecniche ad orientamento corporeo o hanno comunque sviluppato una attenzione ed una sensibilità agli stati corporei e a ciò che il corpo esprime. Questo mi sembra un grande arricchimento e una grande opportunità.

Il contributo che ho inteso portare con questo scritto è rispetto al valore che a mio parere riveste non tanto l'utilizzo di una specifica tecnica piuttosto che un'altra, quanto invece il modo di stare in relazione con la persona che ho di fronte: l'aspetto realmente caratterizzante il modo di lavorare in psicoterapia comprendendo ed eventualmente coinvolgendo direttamente il corpo non risiede tanto nel *cosa si fa*, ma piuttosto in base alla visione paradigmatica della natura umana, delle relazioni e del cambiamento in cui uno si riconosce e che realmente pratica.

Quale psicoterapia?

La nascita e lo sviluppo della psicologia umanistica e dell'Approccio Centrato sulla Persona di Carl Rogers si collocano storicamente in un periodo in cui il mondo della psicologia era dominato da due scuole di pensiero: la psicoanalisi e il comportamentismo.

Ciò che accomuna questi due modelli, per tanti versi così differenti tra loro, è di essere entrambi collocati all'interno del paradigma scientifico meccanicistico e riduzionistico. Questo paradigma si rifà alla visione newtoniana del mondo, che si basa a sua volta sulle premesse filosofiche enunciate da Descartés, di cui è nota la netta e irriducibile separazione della realtà tra *res cogitans* (lo spirito pensante) e *res extensa* (la natura e le cose, tra cui il corpo).

In ambito psichiatrico questa visione della realtà si traduce nella adozione del modello bio-medico ai problemi della sofferenza mentale ed emozionale, in ambito psicologico e psicoterapeutico nella ricerca di modelli e teorie altrettanto “forti” di quelli medici e quindi ad esempio nella costruzione di un complesso sistema di leggi psichiche che governano il mondo inconscio e che si riflettono sul nostro equilibrio e benessere, oppure nella definizione dei meccanismi che regolano il condizionamento dei nostri comportamenti da parte degli stimoli ambientali esterni. Sebbene non abbiano un unico punto di riferimento teorico e metodologico, gli psicologi e psicoterapeuti che si riconoscono nel movimento della psicologia umanistica condividono alcuni elementi basilari che si distaccano da queste concezioni: si differenziano dagli psicoanalisti per spostare l’attenzione dal mondo inconscio e dalla patologia alla costruzione cosciente dell’esperienza, alla ricerca attiva del benessere e alle relazioni reali con le altre persone e con l’ambiente. Sostengono inoltre che alla base della vita psichica non ci sia un conflitto intrinseco e inevitabile, ma che il conflitto interno derivi piuttosto dalla presenza di condizioni ambientali che non favoriscono il funzionamento della personalità come un tutto organizzato e armonico (per quanto talvolta non privo di sofferenza e di sentimenti tra loro contrastanti). La differenza di posizioni rispetto ai comportamentisti è per certi versi ancora più netta, a partire dalla visione dell’essere umano non come passivamente subordinato a leggi deterministiche di causa-effetto (il modello stimolo - risposta), ma come soggetto spinto da motivazioni interne proprie e attivamente impegnato nella costruzione di significati e di senso della propria esistenza. Caratteristica della psicologia umanistica è quindi la visione dell’essere umano come un tutto organizzato e capace di autodeterminazione.

Il fondamento organismico dell’Approccio Centrato sulla Persona

L’opera di Carl Rogers è fortemente impregnata di una grande attenzione verso le ricerche nell’ambito della biologia, della fisica e in generale delle scienze naturali.

Questa attenzione si colloca all’interno di una concezione dell’essere umano come un sistema complesso in cui le diverse componenti biologiche, emozionali, cognitive, esistenziali e spirituali costituiscono parti di un tutto interconnesso. Questa stessa concezione viene estesa da Rogers non solamente verso tutti gli esseri viventi, ma verso la realtà in generale: alcuni passaggi dei suoi scritti testimoniano di una visione di grande respiro che connette la dimensione umana con il funzionamento di altre forme di vita e anche con ogni livello del nostro universo.

In particolare, parlando della tendenza attualizzante, Rogers scrive: “ (...) non si tratta semplicemente di una tendenza nei sistemi viventi, bensì di un aspetto della più marcata tendenza formativa del nostro universo, che si manifesta a tutti i livelli. Così, quando forniamo un clima psicologico che permette all’individuo di *essere* (...) non siamo coinvolti in un evento casuale. Attingiamo ad una tendenza che permea tutta la vita organica – una tendenza a divenire tutta la complessità di cui è capace l’organismo.”¹

Nei suoi scritti Rogers insiste quindi marcatamente ed esplicitamente su una visione della natura umana caratterizzata basilamente da due tendenze: **il principio olistico** (la tendenza dell’organismo a funzionare come un tutto organizzato) e **il principio dinamico** (la tendenza attualizzante).

Anche in questo caso, per illustrare e sostenere le sue tesi Rogers attinge ampiamente da studi e ricerche di autori provenienti da ambiti che spaziano dalla psicologia, alla neurologia, alla psichiatria, alla fisica, alla biologia, alla filosofia (come ad esempio Fritjof Capra, Ilya Prigogine, Kurt Goldstein).

¹ Un modo di essere, pag.116

L'idea fondamentale della vita umana come un processo in continua trasformazione e direzionato secondo un principio di auto-organizzazione e di fondamentale equilibrio con l'ambiente è ancorato ad una concezione di tipo naturalistico: "L'organismo realizza se stesso nel senso della massima differenziazione di organi e funzioni. L'organismo tende ad espandersi attraverso la crescita (...) Procedo verso una sempre maggiore indipendenza e auto responsabilità. Progredisce (...) nella direzione di un autogoverno, di una autoregolazione e autonomia sempre maggiori (...) Ciò vale sia per i processi organici interamente inconsci, come la regolazione del calore corporeo, sia per le funzioni prevalentemente umane e intelligenti come la scelta degli obiettivi della propria vita. Infine l'autorealizzazione dell'organismo è orientata nel senso di una sempre maggiore socializzazione nella sua accezione più ampia."²

Rogers si riferisce quindi continuamente all'essere umano come "**organismo**", il cui funzionamento è basato sulle funzioni sensoriali e percettive corporee: "Così, ha luogo uno stretto abbinamento, o congruenza, tra ciò che viene sperimentato a livello fisico, ciò che è presente alla coscienza e ciò che viene espresso dal cliente. (...) Quando un sentimento precedentemente rimosso affiora alla consapevolezza entro la relazione terapeutica, ed è sperimentato pienamente e in modo accettante, non vi è la sola percezione di un movimento psicologico ben definito, ma si registra anche un concomitante cambiamento fisiologico".³

Il funzionamento fisiologico riveste per Rogers una importanza fondamentale e l'attenzione per la dimensione corporea, in quanto fonte delle percezioni su cui si basa l'esperienza organismica, accompagna in modo evidente tutto il suo lavoro: "Proprio come il bambino attribuisce a un'esperienza un valore sicuro, basandosi sull'evidenza dei suoi stessi sensi, così il cliente scopre che è il suo stesso organismo a fornire l'evidenza su cui fondare i giudizi di valore. Si accorge che i suoi stessi sensi, il suo stesso apparato fisiologico forniscono i dati per elaborare giudizi di valore e per correggerli con un processo continuo"⁴; "E' l'accento eccessivo sul conscio e sul razionale, e la svalutazione della saggezza del nostro organismo che ci impedisce di vivere come esseri umani unificati, integrali."⁵

La costruzione del proprio mondo esperienziale non avviene evidentemente in modo meccanico e predeterminato né casuale e caotico, ma attivo, continuamente mutevole, emotivamente significativo e accompagnato da bisogni, desideri, progetti, da una spinta verso la ricerca di una vita quanto più significativa possibile. La piena salute, la realizzazione di sé è concepita nei termini della capacità di fare affidamento sulla propria esperienza e sulla possibilità di simbolizzare le esperienze sensoriali e viscerali in modo coerente con il concetto di sé.

Com'è noto, l'**esperienza organismica** e il **concetto di sé** sono per Rogers le componenti della personalità. Senza entrare nel merito dei filtri e delle distorsioni a cui può essere sottoposto il processo di simbolizzazione, vorrei invece portare qui l'attenzione sulla complementarità necessaria tra l'apertura all'esperienza viscerale e l'integrazione cognitiva di tale esperienza: senza la prima la coscienza e il concetto di sé risulterebbero rigidamente fondati su credenze, valori e costrutti introiettati dall'esterno, senza la seconda l'esperienza sarebbe un caotico agglomerato di percezioni viscerali senza un significato radicato nella coscienza individuale: "la maggior parte di noi consiste di due parti separate, che tentano disperatamente di riunirsi in un soma integrato, dove le distinzioni tra mente e corpo, sentimento e intelletto, siano infine superate."⁶

Sebbene Rogers prenda le distanze dalla iniziale definizione di "terapia non direttiva" per definire il suo modo di lavorare, in quanto riduttivo e possibile fonte di fraintendimento, questa

² Terapia Centrata sul Cliente, pag. 318

³ Terapia Centrata sul Cliente, pag. 115

⁴ Terapia Centrata sul Cliente p.350

⁵ Un modo di essere, pag. 209

⁶ Un modo di essere, pag. 210

componente rimane chiaramente centrale nel suo approccio, come logica conseguenza della concezione di **auto-organizzazione del vivente**.

Per questo motivo nell'Approccio Centrato sulla Persona l'enfasi è posta sulla relazione terapeutica in quanto fondamentale fattore terapeutico, che si declina nelle note condizioni necessarie e sufficienti alla promozione del cambiamento: comprensione empatica, accettazione positiva incondizionata, congruenza.

Rispetto alla possibilità di introdurre forme di lavoro corporeo, si pone la questione di come preservare una piena fiducia nella autoregolazione e nella tendenza attualizzante del cliente, senza dirigere il processo terapeutico attraverso appunto l'utilizzo di specifiche tecniche.

Scrivono Carl Rogers: "perché il processo terapeutico sia efficace, bisogna che si effettui in funzione dell'**esperienza** del cliente, non in funzione di teorie e principi estranei a questa esperienza".

D'altra parte nello stesso testo si legge anche: "quello che conta in questa psicoterapia non è l'assenza di direttive, ma la presenza nel terapeuta di certi atteggiamenti verso il cliente e di una certa concezione delle relazioni umane"; "è bene distinguere tra 'non dare delle direttive' e 'non avere direzione' (...) Ogni situazione terapeutica è quindi impregnata di direzione, cioè di significato orientato, per quanto non direttivo sia l'atteggiamento del terapeuta".⁷

La mia ipotesi è che sia possibile introdurre nella relazione terapeutica modalità di lavoro orientate al corpo senza per questo perdere la qualità fondamentale non direttiva della relazione e senza perdere la fiducia nel processo di autoregolazione dell'organismo del cliente, in un modo che segua il flusso della sua esperienza, che ne faciliti un contatto sempre più profondo e autentico e che ne faciliti la simbolizzazione autonoma.

Alcune scuole di psicoterapia ad orientamento corporeo stanno prendendo le distanze da metodologie di lavoro direttive, interpretative e basate sulla diagnosi e sulla "lettura del corpo", cercando di appoggiare le eredità teoriche e metodologiche dei pionieri della psicoterapia corporea su un impianto epistemologico olistico e fenomenologico. Stanno anche integrando le proprie concezioni e approcci terapeutici con le più recenti ricerche delle neuroscienze.

Allo stesso tempo diversi approcci terapeutici tradizionalmente verbali, come l'ACP, si sono interessati e avvicinati sia alle neuroscienze che al lavoro corporeo, avviando un dibattito e un filone di ricerca estremamente fecondo, in cui sono centrali al contempo l'attenzione per le possibilità di arricchimento reciproco e il riconoscimento e mantenimento delle differenze.

Approcci olistici in evoluzione

Abbiamo oggi a disposizione una grande quantità di dati provenienti dalle ricerche neuroscientifiche e dalle ricerche ed esperienze cliniche che ci permettono di allargare in modo significativo gli orizzonti delle reciproche influenze tra soma, psiche e ambiente e dunque degli approcci psicoterapeutici.

In particolare, la scoperta dei **neuroni specchio** ha rappresentato un punto di svolta in questo ambito, offrendo la conoscenza delle basi fisiologiche dell'empatia: "non appena vediamo qualcuno compiere un atto o una catena di atti, i suoi movimenti, che lo voglia o meno, acquistano per noi un significato immediato; naturalmente vale anche l'inverso: ogni nostra azione assume un significato per chi la osserva. Il possesso del sistema dei neuroni specchio e la selettività delle loro risposte determinano così uno spazio d'azione condiviso, all'interno del quale ogni atto e ogni catena d'atti, nostri o altrui, appaiono immediatamente iscritti e compresi, senza che ciò richieda alcuna esplicita o deliberata operazione conoscitiva".

Come ha sottolineato Vittorio Gallese, ci troviamo quindi come esseri umani in uno stato di *consonanza intenzionale* con altri esseri umani, nel senso che l'osservazione sia dei

⁷ Psicoterapia e relazioni umane, pag. 21 e pag. 29-30

comportamenti che delle espressioni che denotano sensazioni ed emozioni negli altri acquistano per noi un significato prima di qualsiasi ragionamento e decodifica intenzionale e consapevole e questo significato è fin dal principio dotato di una propria intenzionalità e finalità.

Il modo in cui conosciamo dall'interno l'esperienza di un'altra persona è quindi basato su meccanismi fondamentalmente corporei.

Occorre comunque una certa cautela nel trarre delle conclusioni, soprattutto dal punto di vista clinico, a partire da queste scoperte, che sono in continua evoluzione e che necessitano di essere considerate in un'ottica di complessità, dove, ad esempio, si tengano in considerazione non solo i meccanismi di consonanza, e quindi di vicinanza e di connessione, ma anche quelli di differenziazione e separazione.

Molto interessante è anche la **teoria polivagale** di Stephen Porges, il quale integra il classico modello binario di ripartizione del sistema nervoso autonomo con un modello tripartito.

Secondo la visione neurofisiologica classica il SNA è suddivisibile in sistema simpatico e parasimpatico. Il sistema simpatico ha funzione attivante e catabolica (utilizzo dell'energia) ed è responsabile delle reazioni di attacco/fuga mediate da adrenalina e noradrenalina. Il sistema parasimpatico ha funzione anabolica (risparmio, o recupero di energia) e quindi riduce l'attivazione e facilita il riposo ed è connesso con i sistemi dell'attaccamento e della socializzazione.

Porges distingue invece tre differenti sistemi di regolazione emozionale, collegati a differenti sistemi neurofisiologici e differenti stadi di sviluppo filogenetico: il più recente è collegato con il nervo vago mielinizzato ed ha una funzione fondamentale nel modulare gli stati affettivi e il comportamento sociale (*social engagement system*). Si occupa della sintonizzazione relazionale *face-to-face* ed è il sistema al quale ricorriamo in condizioni generali di sicurezza. In una situazione di pericolo si attiva un secondo sistema che fa capo al sistema nervoso simpatico e che coinvolge l'attivazione principalmente dell'amigdala e dell'ipotalamo, con principale mediatore l'adrenalina. Siamo all'interno dei meccanismi attacco/fuga e quindi di evitamento attivo.

In caso di iperattivazione, episodica o cronica, l'organismo può avere reazioni disadattive, o nel senso di reazioni incontrollate e di panico oppure nel senso del congelamento ipertonico. Infine, in caso di pericolo estremo, dove ci sia rischio di vita, viene attivato il sistema più antico filogeneticamente, collegato a livello anatomico con il nervo vago non mielinizzato. In queste situazioni l'organismo valuta che una reazione di attacco/fuga non sia praticabile e quindi "decide" per reazioni di evitamento passivo, di immobilismo. È questa una reazione estrema che può risultare adattiva in casi di estremo pericolo nel senso dell'evitamento della fonte del pericolo (si pensi agli animali che si immobilizzano e non vengono più visti dai predatori, oppure non cacciati perché creduti morti), oppure nel senso di perdere la connessione con le sensazioni (sono preda dell'aggressore, ma non sento più niente), se invece non riesco a sottrarmi alla fonte di pericolo, si può creare quella situazione psicofisiologica caratteristica della situazioni post traumatiche, caratterizzata da una forte attivazione corporea che non ha potuto completarsi sul piano fisiologico e muscolare e quindi che diventa cronica, e al tempo stesso dalla disconnessione dell'ippocampo dall'amigdala, che "permette" di non percepire le emozioni connesse con l'evento traumatico.

Questo modello offre interessanti spunti di comprensione e di intervento terapeutico, in particolare in relazione alle forme di attivazione organismica e di regolazione emozionale, che si prestano molto bene ad una qualche forma di intervento centrato sul corpo.

Le ricerche sui meccanismi psico-fisiologici e corporei implicati nei **traumi e disturbi post traumatici da stress** offrono a loro volta ulteriori chiavi di lettura per comprendere la complessità dell'interazione tra il livello sociale e relazionale, quello psicologico, quello organico e fisiologico.

Sappiamo che i traumi hanno l'effetto di interrompere la connessione tra l'amigdala, responsabile di dare un "significato" emozionale alle percezioni provenienti direttamente dal talamo o dalla corteccia prefrontale, e l'ippocampo, sede della mappa cognitiva deputata alla costruzione dei ricordi. Conseguenza di questo è che gli eventi traumatici sono iscritti nel corpo ma non mentalizzabili e quindi non raccontabili.

Un approccio terapeutico che andasse a forzare in tale direzione sarebbe nella migliore delle ipotesi inefficace e nella peggiore rappresenterebbe una riedizione del trauma, la risoluzione del quale passa invece attraverso il ripristino e il completamento dell'azione fisiologica di risposta all'accadimento traumatico.

Pat Ogden ha elaborato un modello di intervento, definito *modulation model*, che utilizza il concetto di finestra di tolleranza. Nei casi di trauma, ma non solo, una delle principali problematiche è rappresentata da una disregolazione emozionale, ragione per cui diventa particolarmente significativo aiutare la persona a sviluppare capacità di percepire e regolare i propri stati interni in modo da rimanere all'interno della "finestra di tolleranza", o perlomeno in una zona di confine, sufficientemente padroneggiabile e al tempo stesso fonte possibile di cambiamento.

"Finestra di tolleranza" è un concetto elaborato da Daniel Siegel che si riferisce agli stati di attivazione (arousal) che rappresentino più o meno delle condizioni di agio e di gestibilità da parte delle persone: al di sopra e al di sotto di tale finestra la persona entra in uno stato di iper o ipo attivazione, vissuto come grave minaccia.

Questo tipo di regolazione è definito bottom-up (in contrapposizione alla regolazione top-down): dalle sensazioni, alle emozioni, alla simbolizzazione cognitiva.

Appare quindi chiara l'indicazione di un lavoro corporeo, o l'integrazione del proprio approccio terapeutico con modalità orientate al corpo, per quanto condotto con grandissima cautela e sensibilità, per il trattamento di persone che soffrono delle conseguenze di esperienze traumatiche

L'*infant research*, a propria volta, ha portato l'attenzione sulle complesse **dinamiche relazionali** che si attivano sin dai primi momenti di vita, grazie anche agli studi delle interazioni precoci madre-bambino con sofisticate tecniche di ripresa video,

Dal momento che è solo a partire dal secondo anno di vita che si sviluppa e si attiva l'ippocampo, struttura fondamentale per la memoria narrativa, prima di allora la memoria rimane di tipo implicito e quindi radicata nel corpo.

In realtà gli scambi impliciti, cioè che avvengono al di fuori della consapevolezza razionale, si realizzano durante tutto l'arco della vita e rappresentano una percentuale senza dubbio significativa degli scambi relazionali che avvengono tra due persone (compresi terapeuta e paziente/cliente). Due persone in relazione sono quindi costantemente impegnate in processi sia di auto che di etero regolazione, per la maggior parte in modo non consapevole. Come sappiamo, tali scambi possono essere più o meno sintonizzati, in termini di intensità, qualità e ritmo.

Ed Tronik parla di sistema comunicativo-affettivo per descrivere un insieme di espressioni, sguardi, posture, intonazioni vocali e le correlate modificazioni fisiologiche. All'interno di questo sistema i partner della relazione (sia che si tratti di madre e figlio, sia del terapeuta e paziente/cliente) sono impegnati nei rispettivi processi di regolazione emozionale, che avvengono all'interno di un **spazio intersoggettivo**, e sono costantemente esposti al rischio di "rotture relazionali". L'esito di una buona relazione madre-bambino, così come di una relazione terapeutica, non sta nella assenza delle inevitabili rotture relazionali, quanto nella capacità del terapeuta (e della coppia terapeutica) di riparare tali rotture.

Beebe e Lackman nel descrivere le **micro pratiche corporee** che caratterizzano in particolare gli scambi madre-bambino, ma anche tutte le relazioni significative, parlano proprio di meccanismi di *matching*, *mismatching* e *repair* per descrivere rispettivamente la riuscita, la rottura e la riparazione della sintonizzazione. Anche qui, sembra che l'elemento fondamentale di una buona relazione non sia tanto la continuità di sintonizzazione (mediamente circa il 30% del tempo che la madre trascorre con il bambino), quanto piuttosto la capacità della coppia relazionale di **riparare i momenti di non sintonizzazione**.

Tutti questi scambi avvengono primariamente sul piano corporeo e si prestano sia ad una comprensione che ad intervento che metta il corpo al centro dell'attenzione.

Il corpo in psicoterapia

Mi accorgo talvolta durante le sedute di trovarmi in difetto di quel grado altissimo di qualità di presenza che richiede una relazione d'aiuto realmente "centrata sulla persona".

Sono momenti questi in cui più profondamente mi pare di prendere coscienza della complessità e della difficoltà di un modo di lavorare basato sulla comprensione empatica piuttosto che sulle spiegazioni e sulla diagnosi, sulla reale e piena fiducia nelle risorse di autoregolazione e nella spinta alla autorealizzazione presente in ogni persona, sul rispetto profondo e autentico del modo che ciascun essere umano trova per stare al mondo e per gestirne la complessità, un modo che fa affidamento prima di tutto sulla relazione come fattore terapeutico e che intende la facilitazione del cambiamento come la modalità più efficace di porsi in quanto professionista di una relazione di aiuto.

Mi rendo allora conto di come ricorrere a delle tecniche, o anche solamente mettere in primo piano una qualsiasi mappa psicologica o psicopatologica invece che il mondo soggettivo della persona che ho di fronte, rappresenti in certi momenti una tentazione tanto forte quanto effimera e alla lunga inefficace.

In questi casi diventa per me di fondamentale importanza centrarmi più pienamente e profondamente su me stesso, rendendomi al tempo stesso più cosciente e più distaccato dai miei stati interni (viscerali, corporei, emozionali, cognitivi), predisporli ad un atteggiamento che escluda qualsiasi forma di bisogno da parte mia che il cliente cambi più rapidamente o "meglio" e rendere disponibile tutto il mio intero organismo ad una profonda sintonizzazione con il cliente. In particolare questa sintonizzazione, soprattutto nelle circostanze in cui mi sembra di funzionare al meglio come facilitatore, mi pare implicarmi in un modo così globale che mi risulta difficile definire in modo separato le diverse componenti (emotive, cognitive, corporee). Esse sono infatti presenti contemporaneamente e in modo integrato e lo sono in un modo tale che possono alternativamente o simultaneamente presentarsi in modo più esplicito alla mia coscienza e alla mia attenzione, oppure rimanere per così dire silenti, seppure in qualche modo disponibili.

In quei momenti mi pare di potermi in qualche modo riconoscere in quella descrizione che Carl Rogers ha dato dei suoi migliori momenti di facilitazione di gruppi o singoli clienti: "Noto che quando sono più vicino al mio Sé interiore e intuitivo, quando sono in qualche modo in contatto con l'ignoto in me, quando sono forse in uno stato di coscienza lievemente alterata, allora tutto ciò che faccio sembra possedere un'intima qualità curativa. Allora, la mia semplice presenza è liberante e utile per l'altro".

In quei momenti i miei interventi possono essere principalmente centrati sul canale verbale oppure su quello corporeo.

DS è un uomo di 50 anni. È venuto da me circa un anno fa perché aveva paura di stare male come in passato, quando l'ansia era diventata intollerabile e i pensieri persecutori molto invalidanti. Ha già fatto una psicoterapia che ha però interrotto perché si sentiva non compreso e giudicato.

I genitori sono stati entrambi estremamente disconfermanti e controllanti. Il padre in particolare, morto da circa due anni, ha sempre avuto con lui atteggiamenti sprezzanti e svalutanti, trasmettendogli l'idea di non essere in grado di affrontare la vita. DS vive con la madre, con la quale ha un rapporto molto conflittuale e tormentato, caratterizzato da una intensa rabbia repressa e da forti sensi di colpa.

Nonostante importanti miglioramenti nel suo umore e nella stabilità emotiva, la sua apertura all'esperienza nella vita è ancora decisamente limitata: ogni ipotesi di attività al di fuori del lavoro e dell'uso del computer continua ad essere difficilmente affrontabile.

Alterna momenti di profondo contatto con le sue emozioni ad altri in cui entra in un circolo vizioso di intellettualizzazioni e di ansia crescente.

In questo periodo si sta permettendo di contattare le emozioni legate alle vessazioni subite da parte del padre, sino ad ora escluse dalla consapevolezza e questo gli dà sia un senso di maggiore integrità sia di fragilità.

Inizia la seduta raccontandomi con molti dettagli di come un servizio in televisione sulla cattura di un boss mafioso lo abbia profondamente colpito e messo in una condizione di ansia e tristezza. Io mi limito inizialmente ad accompagnare il suo racconto con puntuali rimandi empatici che sostengono la narrazione e incoraggiano ad approfondirla.

DS: "...ho avuto la stessa sensazione di paura, di abbandono che avevo provato tanto tempo fa... mi ha molto colpito... è strano... non so perché... mi veniva da piangere... non ho mai provato questa sensazione. Forse mi viene in mente mio padre... però non so... sembrava che quell'uomo fosse cattivo, si vedevano le immagini dei poliziotti felici e anche la giornalista in televisione diceva che era un uomo crudele che aveva uccise tante persone... però sicuramente lui aveva molte persone che gli volevano bene, tante persone che aveva aiutato, a cui aveva trovato lavoro e cose così... e allora penso a mio padre, che faceva quelle cose... magari anche lui pensava di aiutarmi, pensava che da solo non potevo farcela... però non lo so... magari non c'entra niente..."

DS dice queste cose gesticolando e facendo dei profondi sospiri. Ho la percezione che stia esplorando un insieme di sensazioni, emozioni e pensieri complessi e profondi, che sente importanti e pericolosi al tempo stesso.

Credo stia contattando sia le emozioni connesse al vissuto di essere stato perseguitato così a lungo da "un padre crudele", sia il suo affetto per lui, sia la paura di prendere pienamente contatto con le emozioni di risentimento e di rabbia.

Prima che cambi rapidamente discorso, come spesso fa nei momenti di maggiore tensione, addentrandosi in qualche ragionamento tanto meticoloso quanto inconcludente, decido di invitarlo a mettersi in contatto con le sensazioni corporee

T: "come ti senti nel corpo mentre dici queste cose?"

DS mi guarda con uno sguardo interrogativo, quasi non capisse la domanda, poi sorride "normale..." dice e si agita un poco sulla poltrona. Noto che il suo respiro si fa più superficiale. Percepisco uno stato di tensione nel mio corpo, sento che anche il mio respiro si sta bloccando, mi permetto allora di autoregolare il mio stato mettendomi "comodo": respiro profondamente e aggiusto la mia posizione sulla poltrona

T: "non è facile contattare queste emozioni e queste sensazioni"

DS: "sì, non è facile ..."

T: *"hai voglia di provare a contattare le sensazioni che stanno emergendo nel corpo in questo momento?"*

DS: *"mi sento normale... bene... sì, insomma... normale..." ride nervosamente e rimane in silenzio per circa un minuto "credo che ci sia qualcosa di difficile qui... però mi piacerebbe fare come abbiamo fatto altre volte, entrare in contatto con quella parte che mi fa stare male... però non saprei come fare"*

T: *"c'è una parte che ti fa stare male, che vuoi contattare, anche se è difficile"*

DS: *"sì... si nasconde... non so niente di questa parte"*

T: *"si nasconde... e pure altre volte l'hai contattata..."*

DS: *"sì..."*

T: *"vorresti esplorare queste emozioni e ti chiedi che cosa potrebbe saltare fuori questa volta, forse qualcosa di pericoloso"*

DS: *"...rabbia... c'è rabbia"*

T: *"rabbia..."*

DS: *"sì... non solo quello però... c'è sicuramente rabbia e anche... qualcos'altro che sta insieme..."*

T: *"qualcosa che si mischia con la rabbia"*

DS: *"sì... a volte sento che potrei piangere... ma io non voglio piangere"*

T: *"non voglio piangere!"*

DS: *"No... però sento che questo non va bene... forse sarebbe meglio che mi sfogassi... però sento che quella parte lì mi dice di non farlo"*

DS si dilunga in una descrizione piuttosto intellettualizzata di diverse emozioni che lo attraversano e che combattono tra di loro per avere il sopravvento. Ripete che sente l'impulso di piangere ma qualcosa non glielo permette

T: *"e se piangi che cosa succede?"*

DS abbassa la testa e sembra intensamente concentrato ad ascoltare le proprie sensazioni *"è difficile... che cosa succede? niente succede..."*

A questo punto è in corso in DS una lotta tra le parti che spingono per far accedere alla coscienza le percezioni relative al conflitto di cui sta parlando e quelle che le bloccano *"è come se ci fosse una fortezza dentro di me... e se piango viene espugnata..."*

T: *"se piango la fortezza crolla"*

DS: *"non crolla, viene conquistata"* dice e descrive con molti particolari com'è fatta la fortezza e dei pericoli di una sua conquista. È molto concentrato, respira profondamente.

T: *"e dentro la fortezza c'è una parte di te"*

DS. *"proprio così... una parte che se le mura crollano muore... però mi fa paura andare a vedere dentro"*

T: *"c'è qualcosa di pericoloso... e di delicato, bisogna avvicinarsi con cautela"*

DS: *"sì... avvicinarsi con cautela"* e protende le mani e il corpo davanti a sé lentamente come per raggiungere qualcosa

T: *"se fosse qui davanti a te come ti avvicinaresti? Te la senti di esplorare questo?"*

DS: *"sì"* dice prontamente e si alza in piedi

Invito DS a mettersi in contatto con le sensazioni che provengono dal corpo, a lasciar andare il respiro in modo più libero e a sentire il contatto dei piedi a terra. Dice che ora ha la chiara percezione della fortezza di fronte a sé e che vorrebbe romperla, distruggerla e accompagna queste parole con un gesto ampio della mano e del braccio, come a spazzare via la fortezza, ma senza una precisa direzione nello spazio.

Lo invito allora a ripetere il gesto rivolgendosi in modo più chiaro e definito verso la fortezza. Dopo che ha ripetuto alcune volte il gesto, con una intensità e precisione crescente, dico: *"sono D e voglio distruggerla!"*

DS ripete il gesto e la frase con un filo di voce e poi soffia fuori tutta l'aria e scuote la testa "non ce la faccio..." ma subito dopo ripete ancora il gesto e la frase, con grande sforzo e con crescente intensità "è difficile, mi manca la forza"

Lo invito nuovamente a percepire il contatto dei piedi a terra e a prendere forza da lì, rimanendo in ascolto delle sue sensazioni e seguendo quello che è per lui buono momento per momento.

Ripete ancora gesto e frase, in modo sempre più deciso. "Mi sento debole" dice poi con le braccia e le spalle cadenti e subito dopo: "vorrei dargli un pugno, ma ho paura di rompere qualcosa".

Di fronte a noi c'è un divano su cui appoggio alcuni cuscini e gli chiedo se ha voglia di dare realmente un pugno, senza rompere niente e senza farsi male. Accetta subito e inizia a colpire i cuscini. Lo accompagno quindi in un breve ma molto intenso momento, in cui colpisce con sempre più forza i cuscini. Accompagnato e incoraggiato da me, si permette di lasciare uscire dei suoni, prima più deboli e inarticolati, poi più forti e infine grida: "vaffanculo!" e crolla disteso sul divano. Mi siedo accanto lui, accompagnandolo nella fase di recupero. Il respiro si fa gradualmente più regolare e il corpo lentamente rilascia le tensioni. È la curva energetica che passa dalla massima attivazione del sistema nervoso simpatico al parasimpatico.

DS apre gli occhi e mi guarda "mi sento meglio... mi fa male la mano ma mi sento meglio..."

T: "a parte il dolore alla mano, come ti senti nel corpo?"

DS: "sento una apertura qui" indica la zona del petto dal diaframma alla gola "una apertura luminosa che mi fa sentire bene, mi dà piacere... mi sto riprendendo dallo sforzo, sto recuperando le forze"

T: "cos'hai provato mentre davi i pugni?"

DS: "mi sentivo intero... sentivo rabbia, ma soprattutto la forza di poter decidere"

T: "la forza di poter decidere... di poter far cadere le mura della fortezza e decidere se essere arrabbiato, piangere o qualsiasi altra cosa senti"

DS: "sì... è così..."

Possiamo considerare **il corpo in psicoterapia** come un intruso, come un ospite o come un soggetto.

In un paradigma riduzionistico e meccanicistico il corpo in psicoterapia è senza dubbio un **intruso**. Questo paradigma si basa infatti sulla premessa della maggior differenziazione e separazione possibile tra ambiti e livelli diversi e quindi senz'altro tra mente e corpo.

Come nell'approccio biomedico le emozioni del medico e del paziente non hanno una loro legittima collocazione e riconoscimento, così nella terapia della psiche il corpo diventa al massimo un oggetto di attenzione, diventa il contenitore della mente, l'involucro da cui derivano stimoli e pulsioni viscerali incomprensibili e incontrollabili se non portandoli al vaglio e sotto il controllo della razionalità o interpretandoli secondo significati simbolici.

Il corpo può allora diventare **ospite**, là dove come terapeuta sono costretto a prendere atto di non poterlo tenere fuori dalla porta, poiché i suoi stati influenzano la psiche dei miei pazienti/clienti (e magari perché mi accorgo che altrimenti rimangono essi stessi –i pazienti/clienti- fuori dalla porta). In quanto ospite me ne interessano come sostanzialmente un estraneo, uno straniero del quale tradurre il linguaggio oscuro e incomprensibile.

Oppure, in quanto ospite gradito, mi rivolgo ad esso come il mio (o tuo, o suo) corpo, indico la terapia come un lavoro sul corpo, mi occupo delle interazioni tra mente e corpo e di malattie psico-somatiche (ma non sono forse tutte le malattie "psicosomatiche", nel senso che esprimono una disfunzionalità e una sofferenza della persona globale)?

Si pone allora la questione di come accogliere nella pratica concreta del lavoro terapeutico questo **soggetto** complesso, che risponda più al concetto di *Leib* ("corpo vivente") che di *Körper* (corpo fisico inanimato), seguendo la distinzione di Edmund Husserl.

Tutti i possibili interventi centrati sul corpo acquistano infatti diverso significato a seconda di quale sia il paradigma complessivo di riferimento, cioè la cornice all'interno della quale si colloca la visione del terapeuta della natura umana e la sua concezione del cambiamento e quindi quale sia il suo atteggiamento relazionale complessivo: quello che risulta decisivo è infatti, al di là delle specifiche metodologie, esserci come persona globale in relazione con un'altra persona globale.

Vorrei anche sottolineare come le varie scuole di psicoterapia corporea hanno generalmente portato la prevalente attenzione alla dimensione "strutturale" e/o simbolica del corpo, a discapito della valorizzazione del **movimento espressivo, spontaneo e creativo**, componente che a me sembra invece di fondamentale importanza per la salute e il benessere degli esseri umani. Kestenberg ad esempio, riprendendo e approfondendo il lavoro di Laban, evidenzia la fondamentale relazione fra le funzioni motorie e quelle psichiche, in particolare fra specifici schemi e ritmi motori che hanno inizio fin dalla nascita, e che accompagnano particolari momenti dello sviluppo del bambino. Kestenberg considera gli schemi motori di base e le funzioni psichiche come interdipendenti e in reciproca influenza. Ad esempio, osservando il flusso della forma corporea presente sin dalla nascita, che si allarga e si restringe, si allunga e si accorcia, protrude e si ritrae, sostiene che questo movimento ritmato rappresenti un sistema di autoregolazione primario del sé.

SA è una donna di 35 anni. Viene in terapia da circa sei mesi, arrivata dopo che si era conclusa l'ennesima relazione con un uomo, secondo un copione che sembra prestabilito, dove lui è l'uomo tenebroso, misterioso e sfuggente e lei la damigella sensibile che dovrebbe cambiarlo e che alla fine viene abbandonata.

Mentre entriamo nello studio scherziamo un poco sul fatto che arrivi sempre in anticipo. Anche dopo che ci siamo seduti, SA continua il suo discorso riflettendo sul fatto che le piacerebbe gestire il suo tempo in modo più rilassato, ma proprio non ci riesce "è più forte di me". Da qui inizia a raccontare di come la gran parte della sua vita sia caratterizzata da un senso del dovere e il fatto di avere del tempo libero le mette grande ansia, tanto che deve riempirlo immediatamente, anche se poi non riesce né a godersi quello che sta facendo né ad essere efficace perché ossessionata dal pensiero di quello che dovrebbe fare.

La ascolto e la accompagno con puntuali rimandi empatici e rimango io stesso meravigliato di come rapidamente il flusso del suo discorso diventi più profondo e centrato su tematiche relative al nucleo del sé.

Dice: "se mi fermo mi sento come se le pareti della stanza si chiudessero su di me e mi soffocassero" e accompagna la frase con un eloquente gesto che sottolinea il senso di soffocamento.

"...Si chiudessero e mi soffocassero..." dico, reiterando sia le parole che il gesto.

SA guarda quindi prima le mie mani e poi le sue, lei stessa sorpresa di un gesto di cui non si era resa conto e rimane per qualche istante in silenzio, sospesa, come esplorando qualche sensazione.

Allora la invito a ripetere sia le "parole chiave": "si chiudono e mi soffocano", sia il gesto. Gradualmente emerge un vissuto di agitazione e di insofferenza che lei stessa non si spiega.

Dice: "mi sento le gambe irrequiete, come se non potessero stare sedute".

Le chiedo se sarebbe per lei buono alzarsi in piedi. Assente e si alza. Si guarda intorno stranita, come se vedesse tutto per la prima volta.

Mi alzo anche io e noto che il suo respiro si è fatto estremamente superficiale e che anche il mio tende ad affievolirsi, allora faccio io per primo un respiro profondo e poi le chiedo se potrebbe essere una buona idea permettersi di respirare più liberamente, cosa che subito fa.

Vedo che cambia l'espressione del suo volto e soprattutto dei suoi occhi, che si fanno più espressivi e carichi di emozione. Mi pare che barcolli leggermente, penso che una maggiore vicinanza tra noi potrebbe aiutarla ad esprimere i suoi vissuti e glielo domando. Mi dice che no, per il momento preferisce che rimaniamo a quella distanza.

Dopo alcuni passaggi dedicati ad accompagnarla in un processo di maggior autoregolazione e in particolare di regolazione prossemica della distanza tra noi, la invito ad ascoltare dentro di sé che cosa sente che sarebbe per lei buono fare in quel momento.

Dice che vorrebbe gridare ma "qualcosa" glielo impedisce e ripete un gesto molto simile a quello di prima.

Rimanendo in piedi di fronte a lei riprendo allora ad accompagnare la sua esplorazione con rimandi empatici, fino a quando mi dice che ha l'impressione che le gambe fatichino a reggerla, che ha corso troppo nella sua vita e non ha mai potuto appoggiarsi a qualcuno.

"Sono stanca e ancora una volta non c'è nessuno a cui potermi appoggiare" dico prestando la mia voce alle sue sensazioni. "Proprio così...", risponde lei.

A questo punto l'intensità emotiva è molto alta e anche la connessione e la sintonizzazione tra noi.

Inizia un movimento ondulatorio con tutto il corpo, una specie di barcollare, in cui però non percepisco la perdita di controllo e il rischio di cadere a terra, ma piuttosto una ricerca di equilibrio e una esplorazione del dolore per doversi ancora una volta reggere da sola.

La incoraggio a proseguire in questa esplorazione, fino a quando sente che è per lei tollerabile.

Dopo qualche minuto dice "basta così" e mi chiede se può appoggiarsi a me.

Le offro allora il contatto della mia schiena, alla quale lei si appoggia con la propria, cedendo finalmente il suo peso a qualcuno di sufficientemente affidabile e rispettoso e permettendosi un profondo seppure quasi silenzioso pianto.

Nota bene: il coinvolgimento attivo del corpo e in particolare il **contatto corporeo** rappresenta una opportunità da valutare sempre con estrema cautela, per i suoi significati emozionali e simbolici e per le dinamiche psicofisiologiche che può attivare.

Questo genere di cautela, che si sostanzia ad esempio in un contatto sempre offerto e mai agito di propria iniziativa senza una verifica esplicita dei vissuti del cliente, è naturalmente molto più significativa nei casi di persone con esperienze traumatiche relazionali.

Questo è particolarmente vero nel lavoro con donne che abbiano subito violenza sessuale, soprattutto nel caso di terapeuti uomini. In questi casi infatti diventa centrale e di vitale importanza il tema dei confini, interpersonali e corporei, e quello concomitante della sicurezza e del controllo nella relazione. Occorre grandissima attenzione ed esperienza per valutare se, come, quando e quanto poter intervenire con un contatto corporeo diretto con queste pazienti e quindi anche nei casi in cui l'abuso non sia un ricordo chiaro e certo, ma anche solamente una ipotesi nella mente del terapeuta. Può infatti accadere che un semplice contatto di incoraggiamento o di amorevole e non ambiguo sostegno venga vissuto come estremamente positivo e al contempo sia come una minaccia di invasione sia come fonte di un piacere di cui avere enorme vergogna. Una tale carica emozionale può facilmente diventare insostenibile e portare quindi la persona fuori dalla finestra di tolleranza, fino ad esporla ad una disorganizzazione del sé, a fenomeni dissociativi e a vissuti di grande angoscia.

Conclusioni

Al di là della opportunità di un lavoro terapeutico che preveda un contatto fisico tra terapeuta e cliente, qualsiasi forma di lavoro corporeo in psicoterapia richiede grande cautela, sensibilità, esperienza e competenza.

Anche perché estranee alle abitudini e sensibilità generalmente diffuse nella nostra cultura, il contatto con le sensazioni viscerali, l'attenzione verso gesti, posture e stati energetici del corpo, l'attivazione muscolare vissuta nella dimensione della coscienza corporea e non del fare di un corpo-oggetto possono facilmente mobilitare vissuti profondi e potenti che possono avere funzione terapeutica, agire cioè come promotori di cambiamento costruttivo, solo se possono essere contenute all'interno della coscienza.

Ci sono d'altronde esperienze che coinvolgono un livello psicofisiologico che esclude il coinvolgimento della corteccia e quindi la simbolizzazione consapevole e ciononostante possono essere integrate dalla coscienza (potremmo dire dalla **coscienza corporea**) e agire come fattori facilitanti la tendenza attualizzante organismica. Ci sono cose che fanno bene anche se non le capiamo e anche se non sappiamo perché.

Includere la dimensione corporea in psicoterapia non ha tanto a che fare con che cosa il terapeuta e il cliente fanno e non significa necessariamente che il terapeuta e/o il cliente *facciano qualcosa* con il corpo. Piuttosto, riguarda la capacità del terapeuta di rendere il proprio corpo e quello del cliente presenti, nel qui e ora della seduta.

Per fare questo con incisività ed efficacia e in modo rispettoso della libertà e autonomia del processo di autoregolazione del cliente occorre una corposa esperienza personale in questo tipo di lavoro e al contempo una strutturata integrazione dell'esperienza in un consapevole e coerente modello di intervento. Insomma: bisogna averne vissute parecchie letteralmente sulla propria pelle e anche avere le idee sufficientemente chiare su cosa fare, come e con quale finalità.

Indicazioni bibliografiche

- Ader, R., Psychoneuroimmunology, IV edizione, vol. 1 e 2. Amsterdam: Academic Press, 2007.
- Ammaniti M., I contributi della infant research e della neurobiologia alla psicoterapia, in Spagnuolo Lobb M., 2006.
- Anfossi M., Del sé e della teoria della personalità. Da persona a Persona. Rivista di studi rogersiani, 2002, 17-24.
- Ballarin P., Il corpo in psicoterapia: intruso, ospite o soggetto? Anima e Corpo Online, http://www.biosofia.it/Animacorpo_2009.asp. <http://www.biosofia.it> 04/09/12
- Beebe B, Lackman F. (2002). Infant Research and Adult Treatment: Co-Constructing Interactions. Hillsdale, N.J.: Analytic Press. (Trad. it. Infant research e trattamento degli adulti. Milano: Cortina, 2003).
- Beebe, B. & Lachmann, F., The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. Contemporary Psychoanalysis, 39 (3), 2003, 379-409.
- Beneduce R. (1997), Linguaggi, saperi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali. Torino: L'Harmattan.
- Biondi M. (1997), Mente, cervello e sistema immunitario. Milano: McGraw-Hill.
- Capra F. (1982), The turning point. New York: Simon and Schuster. (Trad. it. Il punto di svolta. Milano: Feltrinelli, VIII ed. 2003).
- Carosella, A., Bottaccioli, F. (2003), Meditazione, psiche e cervello. Milano: Tecniche Nuove.
- Cionini L. (1998), Psicoterapie. Roma: Carocci.
- Coppo P. (2003), Tra psiche e culture. Torino: Boringhieri.
- Damasio A. (1994), Descartes' Error. New York: Putnam Publishing. (Trad. it. L'errore di Cartesio. Milano: Adelphi, 1995).

- Downing G. (1995), *The body and the word*. New York: Harper & Row. (Trad. it. *Il corpo e la parola*. Roma: Astrolabio, 1995).
- Fernald P., Carl Rogers: un terapeuta verbale centrato sul corpo. *Da Persona a Persona*. Rivista di studi rogersiani, 2001, 20-37.
- Fornaro M., Psicosomatica ieri e oggi. Indagine sull'eredità storica di Freud e Alexander alla luce dei nodi teorici ricorrenti. *Psicoterapia e scienze umane*, XLI, 2007, 315-344.
- Galimberti U. (1979), *Psichiatria e fenomenologia*. Milano: Feltrinelli.
- Gallese V., Migone P., Eagle M.N., La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane*, 2006 XL, 3: 543-580.
- Kestenberg Amighi, J., Loman, S., Lewis, P., Sossin, M., *The Meaning of Movement: Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. New York: Brunner, 1999.
- La Barbera D., La Cascia C., Mulé A., Rumeo M.V., Neuroscienze e stati non ordinari di coscienza, in Petrini P., Zucconi A., 2011.
- Laban R. (1950), *Mastery of movement on the stage*. London: Mac Donald. & Evanstrad. (Trad. it. *L'arte del movimento*. Macerata: Coop. Ephemeria Ed., 1999).
- Lapassade G. (1987), *Les états modifiés de conscience*. Parigi: PUF. (Trad. it. *Stati modificati e transe*. Padova: Cooperativa degli studenti dell'Università di Padova alfasessanta, 1990).
- Levine P. (1997), *Waking the tiger. Healing trauma*. Berkley. North Atlantic Books. (Trad. it. *Traumi e shock emotivi*. Cesena: Macroedizioni, 2002/1997).
- Liss J., Stupiggia M., *La terapia biosistemica*. Milano: Angeli, 1994.
- Lowen A. (1975), *Bioenergetics*. New York: Coward, McCann & Geoghegan Inc. Trad. it. *Bioenergetica*. Milano: Feltrinelli, 1983.
- Marchino L., Mizrahi M. (2004), *Il corpo non mente*. Milano: Frassinelli.
- Maslow A.H. (1962), *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Nostrand Company. (Trad. it. *Verso una psicologia dell'essere*. Roma: Astrolabio Ubaldini Editore, 1971).
- Moreno J.L. (1947), *The theatre of spontaneity*. London: Beacon House. (Trad. it. *Il teatro della spontaneità*. Roma: Astrolabio, 1985).
- Moselli P. (a cura di) (2008), *Il guaritore ferito*. Milano: Angeli,.
- Ogden P., Minton K., Pain C., *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton & C., 2006.
- Pancheri P. (1993), *Stress, emozioni e malattie*. Milano: Mondadori.
- Perino F., Spiritualità e trascendenza nella relazione d'aiuto secondo l'Approccio Centrato sulla Persona, *Da Persona a Persona*. Rivista di studi rogersiani, 2003, 37-56.
- Petrini P., Zucconi A. (a cura di) (2008), *La relazione che cura*. Roma: Alpes.
- Petrini P., Zucconi A. (a cura di) (2011), *Psicoterapia e neuroscienze*. Roma: Alpes.
- Piccolo M.S., Il fraseggio del corpo in psicoterapia. Alcune riflessioni a partire dalla teoria delle emozioni di William James, *Psicoterapia e scienze umane*, XLV, 2011, 499-522.
- Porges S.W., The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system, *International Journal of Psychophysiology* 42, 2001, 123-146.
- Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Cortina.
- Rogers C. (1951), *Client-Centred Therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company. (Trad. it. *Terapia centrata sul cliente*. Firenze: La Nuova Italia, 1997).
- Rogers C. (1965-66), *Psychotherapie et relations humaines*. Louvain: Editions Nauwelaerts. (Trad. it. *Psicoterapia e relazioni umane*. Torino: Boringhieri, 1970).
- Rogers C. (1970), *Carl Rogers on encounter groups*. New York: Harper and Row. (Trad. it. *Gruppi di incontro*. Roma: Astrolabio Ubaldini, 1976).

- Rogers C. (1980), A way of being. Boston: Houghton Mifflin Company. (Trad. it. Un modo di essere. Firenze: Martinelli, 1983).
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. (Trad. it., La terapia centrata sul cliente. Firenze: Martinelli, 1970).
- Ruggiero G., Iacone S., Antichi Maestri e neuroni a specchio: il rispecchiamento della terapia di coppia come corcevia tra neuroscienze e strategie sistemiche, in Petrini P., Zucconi A, 2011.
- Shore A. (2003), Affect regulation and the repair of the self, New York, Norton & C. (Trad. it. La regolazione degli affetti e la riparazione del sé, Roma, Astrolabio Ubaldini, 2008).
- Siegel D. (1999), The developing mind. New York: Guilford Publications. (Trad. it La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale. Milano: Raffaello Cortina, 2001).
- Siegel D.J., The Mindful Brain. Los Angeles: Mind your brain Inc., 2007. (Trad. it. Mindfulness e cervello, a cura di Amadei G. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2009).
- Smith, M.L., Glass, G.V, Miller, T.I., The benefits of psychotherapy, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.
- Spaguolo Lobb M. (a cura di), L'implicito e esplicito in psicoterapia. Atti del secondo Congresso della Psicoterapia Italiana. Milano: Franco Angeli, 2006.
- Stern D. (1985), The interpersonal world of the infant. New York: Basic Book. (Trad. it. Il mondo interpersonale del bambino. Torino: Boringhieri, 1987).
- Stern D. (2004), The Present Moment in Psychotherapy and everyday Life. New York: Norton & Company. (Trad. it. Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana. Milano: Raffaello Cortina, 2005).
- Stern D., L'implicito e l'esplicito in psicoterapia, in Spaguolo Lobb M., 2006.
- Stupiggia M. (2007), Il corpo violato. Bari: La Meridiana.
- Tagliavini G., Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma: il contributo clinico del modello polivagale della psicoterapia sensomotoria, Cognitivismo clinico, 8, 1, 2011, 60-72.
- Tonello G., Paradigmi per l'analisi bioenergetica all'alba del XXI secolo, in Grounding, n.1, 2008, 43-73.
- Tremante E., Alla ricerca del senso della vita. Un'ipotesi psicobiologia su relazione terapeutica e cambiamento, Da persona a Persona. Rivista di studi rogersiani, 2003, 57-73.
- Tronik E. (2008), Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico. Milano: Raffaello Cortina.
- Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. (1996), Traumatic stress. New York: The Guilford Press Inc. (Trad. it. Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo, sulla società, delle esperienze intollerabili. Roma: Magi, 2004).
- Verlato M.L., Anfossi M., Relazioni ferite. Bari: La Meridiana, 2006.
- Zucconi A., Dattola G., La qualità della relazione è la cura: il processo del cambiamento nella psicoterapia Centrata sul Cliente, in Petrini P., Zucconi A., 2008.
- Zucconi A., Silani G., L'ecologia relazionale in psicoterapia: insight dalle neuroscienze per la psicoterapia centrata sulla persona di Carl Rogers, in Petrini P., Zucconi A., 2011.
- Zucconi A., Vaccari V., La terapia centrata sul cliente di Carl Rogers, in Cionini L., 1998