

Analisi bioenergetica e psicoterapia contemporanea: considerazioni dialogando con altri approcci e con le neuroscienze¹

di Angela Klopstech

Riassunto: Questo articolo vuole costruire una cornice per l'integrazione della ricerca e della teoria delle neuroscienze nel campo dell'analisi bioenergetica e della psicoterapia corporea in generale. Tale integrazione può condurre ad un dialogo migliore tra quest'ultima e le più tradizionali scuole di terapia.

Dopo aver esaminato i termini di base delle neuroscienze, viene riconsiderato, alla luce dei modelli neuropsicologici, un concetto bioenergetico di base, quello di "carica energetica" ed in questo contesto entra in gioco il concetto di "finestra di tolleranza".

Quindi, alla luce della descrizione di due concrete situazioni terapeutiche, l'autrice dimostra come il lavoro corporeo possa influenzare l'attività cerebrale. Questo, si sostiene, indica la necessità di concentrarsi di più sul corpo nella psicoterapia tradizionale e di integrare appropriati interventi sul corpo nel repertorio della psicoterapia tradizionale. In questo contesto, viene avanzata la proposta di una comprensione ed un linguaggio interdisciplinare tra analisi bioenergetica, studi neuropsicologici e relazionali al fine di facilitare la nostra comunicazione con le altre modalità.

Parole chiave: neuroscienze, sistema limbico, livello di attivazione (arousal) ottimale, neuroni specchio, interventi orientati al corpo.

Introduzione

In tutti i campi della psicoterapia c'è molta animazione e ricerca ed è entusiasmante confrontarsi con quanto sta accadendo di nuovo. Sviluppi notevoli si possono registrare in approcci quali l'EMDR, le terapie del trauma, la psicologia positiva, il campo delle neuroscienze, delle teorie sull'emozione e nell'infant research. La stessa psicoanalisi e l'analisi junghiana stanno attraversando cambiamenti importanti che attirano la nostra attenzione.

Alcuni anni fa ho scritto: "E' ovvio che l'analisi bioenergetica non può né rimanere entro i limiti dei suoi originari concetti di energia, né abbandonare le sue radici e perdersi nei recenti approcci relazionali ed orientati al processo. La sua capacità di sopravvivere richiede che espanda la sua cornice concettuale e rivolga la sua attenzione alla ricerca compiuta dalle neuroscienze contemporanee. Una continua rivalutazione del vecchio ed una integrazione dei nuovi concetti sono necessari per sopravvivere e prosperare." (Klopstech 2005, pag. 101). Mentre continuo a sostenere la necessità di non perdere l'essenza del nostro approccio per non rischiare di diventare un guazzabuglio eclettico, mi sembra che siamo emersi dal nostro splendido isolamento e stiamo cercando di entrare nel *mainstream* della psicoterapia, con le opportunità ed i rischi che questo comporta. Stiamo espandendo la nostra cornice concettuale, rivalutando i nostri concetti chiave e, in particolare, stiamo rivolgendo un occhio curioso verso l'infant research e le neuroscienze. Questo lavoro esplorerà alcune possibilità di connessione.²

Come prima cosa mi soffermerò su alcuni potenziali punti di incontro con altri approcci terapeutici. A questo scopo, da una parte nominerò la modalità terapeutica ed elencherò alcuni sforzi di dialogo

¹ Keynote tenuta al Congresso biennale dell'Istituto Internazionale di Analisi Bioenergetica a Siviglia, Spagna, Maggio 2007-

² E' parte di una serie di scritti e presentazioni in cui affronto il tema più ampio dell'esplorazione e definizione del posto dell'Analisi Bioenergetica nel mondo della psicoterapia contemporanea (Klopstech 2000a, 2000c, 2000d, 2004a, 2004b, 2005°, 2000b)

per argomento e per autore, dall'altra definirò problemi e concetti centrali che sono stati ri-pensati da noi, così come da altre modalità.

Nella seconda parte, entrerà più in profondità nell'area dell'impatto della ricerca neuroscientifica sull'analisi bioenergetica e sul più ampio mondo della psicoterapia.

Connessioni attuali con altre modalità terapeutiche

a) L'analisi bioenergetica in dialogo con le psicoterapie limitrofe

Analisi bioenergetica e psicoanalisi:

Per ampliare la cornice terapeutica (Heisterkamp 1993; Geißler 1995, 2002; Hoffmann-Axthelm 1996; Klopstech 2000a, 2000c; Moser 2001; Koemeda 2002)

Analisi bioenergetica e psicoterapia contemporanea: considerazioni

Relazionalità, intersoggettività e reciprocità (Aaron e Anderson 1998; Heinrich 1999; Cornell, 2000, Lewis 2004, 2005).

La relazionalità, modelli di azione terapeutica (Stark 1999; Carle, L. 2000, Hilton, B. 2000; Klopstech 2000d).

Genere e sessualità rivisitati (Cornell in stampa; Klopstech 2004b; Hoffmann-Axthelm 2007).

Analisi bioenergetica e analisi junghiana:

Jung e Reich (Conger 1988).

Archetipi, figure mitiche e loro incarnazione (Collier e Goodrich Dunn; Klopstech 2000b).

Analisi bioenergetica e terapie del trauma, EMDR

(Berceli 1999; Eckberg 2000; Lewis 2000; Resneck-Sannes 2002; Maley 2006).

Analisi Bioenergetica e il più vasto mondo della psicoterapia corporea:

(Psicoterapia Corporea Analitica, Associazione Europea di Psicoterapia Corporea, Associazione Statunitense di Psicoterapia Corporea).

b) Concetti centrali rivisitati da altre modalità e da noi

- passione, libido e sessualità (psicoanalisi);
- modelli del sé contemporanei: multipli, sé in evoluzione (neuroscienze, infant research, alcune scuole di psicoanalisi);
- la multifattoriale definizione di emozioni, evasiva in modo frustrante (teorie sulle emozioni, neuroscienze, psicologia positiva, EMDR);
- lo sviluppo umano tra i poli della persona/corpo in relazione con se stessa/o e in relazione con gli altri (teorie sull'emozione, neuroscienze, infant research, psicoanalisi relazionale);
- regolazione del Sé autonoma e diadica (neuroscienze, infant research, psicoanalisi relazionale);
- inconscio-quale inconscio? (Psicoanalisi, neuroscienze);
- teorie della mente basate sul corpo e plasticità del cervello (infant research, neuroscienze).

L'integrazione delle scoperte neuroscientifiche

In un tentativo interdisciplinare relativamente nuovo dove “il meglio della scienza moderna converge con l'arte di curare della psicoterapia” (Siegel in Schore, 2003, Prefazione), i dati provenienti dalla neurobiologia e neuropsicologia vengono applicati per comprendere e descrivere le origini e lo sviluppo del Sé. Ciò che emerge da questa convergenza e dall'incontro dei vari campi delle neuroscienze, dell'infant research e delle teorie psicoterapeutiche è una visione complessa, dinamica ed olistica (cervello-mente-emozione-corpo) dell'essere umano e dell'interazione umana, applicabile clinicamente e che, a volte, è possibile verificare in modo sperimentale. Questa nuova conoscenza e comprensione, basate scientificamente, sono di particolare importanza per noi terapeuti bioenergetici, perché si collegano all'effetto reciproco che hanno tra loro corpo, mente, emozione e relazioni interpersonali, che sono al cuore della nostra impresa terapeutica.

Sono chiamate neuroscienze interpersonali o affettive ed enfatizzano il ruolo basilare che i fenomeni corporei cerebrali giocano nel processo di cambiamento. Allo stesso tempo, non esiste una coerente o buona concettualizzazione del posto che occupa l'effettivo corpo fisico ed è qui che le neuroscienze possono incontrare l'analisi bioenergetica. La mia presentazione è un tentativo di costruire un ponte tra neuroscienze e analisi bioenergetica. Questa integrazione può permetterci di ripensare nei termini delle neuroscienze ciò che facciamo bioenergeticamente; ci può dare la possibilità di parlare il loro linguaggio usandolo come seconda lingua (o terza, se pensiamo a quella relazionale come seconda). E proprio perché questa seconda lingua sta diventando velocemente il linguaggio comune per varie scuole di psicoterapia, potremmo effettivamente iniziare a capirci ed a parlarci, invece che esprimerci con monologhi collettivi. Di conseguenza, sostengo che diventeremo più eloquenti nel far capire ai nostri vicini di terapia quello che abbiamo da offrire.

Alcune terapie cognitive, le terapie del trauma e alcune scuole psicoanalitiche hanno fatto un lavoro migliore del nostro nel costruire un ponte tra le loro teorie, la loro comprensione del processo terapeutico e le neuroscienze. In particolare la psicoanalisi relazionale, che considero un nostro stretto vicino professionale, ha risposto alla ricerca neurobiologica ed agli studi sull'interazione madre/bambino con una rigorosa rielaborazione della sua visione dello sviluppo umano e del processo psicoanalitico. Un risultato tra gli altri è una diversa nozione delle dinamiche che si svolgono entro la diade terapeutica (Gruppo di Boston sul processo di cambiamento, Tronick et al. 1998, Schore 2003a, 2005). Ma la psicoanalisi relazionale ha fallito nell'aggiornare adeguatamente la sua concettualizzazione del corpo e dei fenomeni corporei, e ancora manca qualsiasi concettualizzazione seppur sfumata del posto che questo occupa.

E' qui che l'analisi bioenergetica incontra sia la psicoanalisi che le neuroscienze. Solo recentemente abbiamo cominciato a considerare le implicazioni delle neuroscienze nel nostro campo con una serie di articoli, interventi (per es. Klopstech 2005a, 2000b, Koemeda 2004, Koemeda & Steinmann 2003, Lewis 2004, Resneck-Sannes 2003a, 2003b) e comunicazioni private tra gli autori. Più avanti farò riferimenti ai loro lavori.

Sono convinta che integrare la bioenergetica con le neuroscienze possa essere molto più di un'adesione e un riconoscimento formale. Quest'area deve essere parte del nostro curriculum e della nostra pratica quotidiana. Perché è importante? Gli approcci verbali e l'elaborazione simbolica sono sempre stati, e sono ancora, centrali nella conduzione della terapia. E' cruciale che le neuroscienze rendono possibile un importante passo avanti per quel che conta in psicoterapia, e cioè che *i processi verbali da soli non sono sufficienti!* Questo concetto sta acquistando slancio crescente nel mondo della psicoterapia e le neuroscienze lo stanno confermando. Per la prima volta dall'esterno della psicoterapia corporea, il corpo viene trattato come un protagonista attivo e necessario per capire lo sviluppo ed il processo psicoterapeutico, invece di essere considerato, nella migliore delle ipotesi, di aiuto, e nella peggiore, non essenziale. Grazie alla ricerca neuroscientifica, la psicoterapia contemporanea mostra un crescente interesse per la comunicazione interpersonale non verbale e per l'elaborazione non verbale, cioè per il confrontarsi con le emozioni, che è l'area di nostra competenza.

Cosa intendo con “integrare”? Penso alla necessità di assorbire pienamente la ricerca e i modelli neuroscientifici nella teoria e nella pratica bioenergetiche e di farne buon uso, in modo che il dialogo diventi possibile. Ma il dialogo reale e la “fertilizzazione incrociata” possono avvenire se entrambi i lati hanno qualcosa da offrire.

Così, questo scritto vuole contribuire a stabilire un linguaggio comune, ri-valutando alcuni nostri concetti di base alla luce di questo linguaggio, e dando dimostrazione del valore dell’interazione corpo-a-corpo al più ampio mondo della psicoterapia. Bob Lewis (2005) e Helen Resneck-Sannes (2005) hanno tenuto delle presentazioni all’ultima convention in Brasile, di un tenore simile, e mi auguro di star camminando nella tradizione che hanno iniziato.

Interrogiamoci su:

- **Cosa ci offrono le neuroscienze:** una ri-valutazione dei nostri concetti fondamentali e un linguaggio comune che ci rende contemporanei ed in grado di connetterci con il *mainstream* della psicoterapia
- **Cosa offriamo alle neuroscienze ed al più ampio mondo delle psicoterapie:** gli interventi corporei possono avere un impatto nel riorganizzare i processi del cervello. Diventa quindi ragionevole che questi approcci integrino interventi corporei appropriati nel loro repertorio. Prima di affrontare più pienamente questi temi, fornirò una

Breve rassegna dei termini, dati e modelli rilevanti delle neuroscienze

Sintesi esaurienti dei dati delle neuroscienze e della loro applicazione alla psicoterapia sono forniti nei vari libri di Damasio (1994, 1999), Schore (1994, 2003a, 2003b) e Siegel (1999). I loro scritti sono affascinanti, complicati ed ecco qui la mia versione condensata e molto, molto semplificata.

Benché il cervello funzioni come una totalità, comprende diversi sistemi. Così, prendete in considerazione due modi per capire la sua struttura e funzione, una dal basso verso l’alto e una da destra verso sinistra. C’è un’area inferiore: il sistema limbico, il cosiddetto “cervello emozionale” coinvolto nella percezione e regolazione delle emozioni e degli stati corporei. E’ anche il luogo in cui vengono immagazzinate le nostre precoci esperienze di interazione. Vengono immagazzinate non come conoscenza esplicita, consapevole, ma come “conoscenza implicita”, per es. conoscenza pre-conscia non verbale, ma con la potenzialità di diventare consapevole e verbalizzata. Poi c’è l’area superiore, al di sopra ed intorno al sistema limbico. Questa è la neo-corteccia, con le sue diverse parti, coinvolte nella riflessione, nel ragionamento, nell’associazione, nella pianificazione ecc.

Prendiamo ora in considerazione la direzione sinistra-destra. L’emisfero sinistro comunica principalmente con la corteccia pre-frontale e l’emisfero destro principalmente con il sistema limbico. Il cervello destro è stato collegato all’implicito, per es. all’elaborazione inconscia e pre-conscia dell’informazione corporea che è incastonata nella conversazione emozionale e nell’interazione; è anche collegato con agenti terapeutici verbali e non verbali così cruciali come l’attenzione e l’empatia. Noi analisti bioenergetici, lavoriamo molto con l’emisfero destro e il sistema limbico.

Schore (2003°, 2003b) ha sviluppato un concetto di “regolazione a due emisferi”, cioè un’autoregolazione del cervello destro e del cervello sinistro, che fornisce una possibile, e per i nostri scopi molto utile, cornice organizzativa. Egli distingue tra due diverse forme di regolazione, il controllo consapevole, volontario e verbale degli stati emozionali ad opera dell’emisfero cerebrale sinistro, ed una regolazione non verbale da parte dell’emisfero cerebrale destro. Il processo “dall’alto verso il basso”, più consapevole ed esplicito (dalle aree corticali superiori verso le aree sottocorticali limbiche) principalmente dell’emisfero sinistro, (LeDoux 1996, p. 172) ci è familiare

come “auto-controllo” o come il fatto che “cambiamo il modo in cui ci sentiamo cambiando il modo in cui pensiamo”. Questo è al centro della psicologia e della psicoterapia cognitiva. Di più recente produzione è la ricerca sulla funzione di regolazione dell'emisfero cerebrale destro, che costituisce un processo “dal basso verso l'alto”, che coinvolge la ricezione e l'espressione delle emozioni. Questo processo è rilevante per la comunicazione non verbale o pre-verbale corpo-a-corpo tra terapeuta e paziente, che è l'essenza del nostro modo di lavorare. Insieme, entrambi i lati del cervello condividono il compito di elaborare l'informazione e regolare l'emozione, ma con funzioni diverse e con diversi pattern di connessioni corticali-limbiche, dall'alto verso il basso e a sinistra e dal basso verso l'alto a destra. La teoria di Schore sulla regolazione suggerisce che i meccanismi impliciti siano al centro dei maggiori processi di cambiamento e che l'emisfero cerebrale destro, (il sistema limbico e la corteccia orbito-frontale), giochi un ruolo dominante nella psicoterapia ad orientamento psicodinamico. “Meccanismi impliciti” significa sostanzialmente, che il terapeuta ed il paziente sono coinvolti nel gestire emozioni e memoria emozionale di cui sono solo parzialmente consapevoli, spesso portandoli alla consapevolezza attraverso ciò cui adesso ci si riferisce frequentemente come sintonizzazione “dell'emisfero cerebrale destro” e/o “limbica”.

Ugualmente importante, ma più facile da capire, è la visione di Schore, della natura interattiva dell'autoregolazione. Egli distingue tra un modo interattivo, persona-a-persona e un modo non-interattivo, intrapersonale ed sottolinea che una buona terapia ed una diade terapeutica ben funzionante implicano un uso flessibile e consapevole di entrambi questi modi.

Adesso che abbiamo un'idea del funzionamento cerebrale e di come è concettualizzato nella neuropsicologia interpersonale, torniamo a

cosa ci offrono le neuroscienze.

Come possiamo ipotizzare l'applicazione e l'integrazione delle scoperte neurobiologiche e neuropsicologiche al campo terapeutico, e che tipo di nuovo linguaggio si può utilizzare? Il concetto che scelgo come esempio è quello di livello di carica energetica. E' basilare per il nostro lavoro e per alcune controversie.

Carica alta, carica bassa: storicamente, il valore terapeutico di un'alta attivazione (arousal) e di sentimenti intensi è stato al centro del nostro modello di terapia, inizialmente non messo in discussione, poi discusso calorosamente, a volte buttato a mare, ma sempre presente persino quando evitato. C'è sempre stata una dicotomia tra lavoro a bassa carica/energia e lavoro a carica/energia alta: quando, quanto, con chi e così via. Questo tema della terapia non ha solo diviso noi, a volte, ma ci ha anche tenuto separati dal *mainstream* che tendeva e tende ad essere sospettoso davanti a concetti di attivazione/carica/eccitazione come elementi legittimi della terapia. Si paventavano conseguenze nefaste per via della possibile iperstimolazione e ri-traumatizzazione e noi rispondevamo difendendoci o irrigidendoci, dichiarando di essere in grado di toccare i nostri pazienti più “profondamente”. Si è scoperto che entrambe le posizioni avevano delle buone ragioni e quindi è utile un'ulteriore riflessione.

Le scoperte neuroscientifiche (Greenberg 2002, Siegel 1999, Traue 1998, 2005, Hüther 2005, Schiepek 2003) indicano il valore e anche la necessità di un livello adeguato di arousal perchè si verificano dei cambiamenti a livello del cervello limbico. In letteratura le parole che ricorrono sono “stress ottimale», “reazione neuroendocrina allo stress», “alta attivazione emozionale», “finestra di tolleranza». Ed alcuni scienziati che si dedicano anche alla pratica clinica si confrontano con le conseguenze di queste scoperte per il processo terapeutico, per esempio definendo le condizioni specifiche necessarie perchè un innalzato arousal abbia un effetto terapeutico.

Voglio utilizzare i modelli di Greenberg e Siegel per ragionare sul tema della carica energetica.

Greenberg crede che intensità, espressione e riflessione siano i maggiori agenti di cambiamento. Riguardo agli interventi terapeutici, fa una rassegna delle ricerche che forniscono la prova dell'esistenza di un'intima connessione tra arousal emozionale, profondità dell'esperienza, focus

emozionale e risultato della terapia. Ciò che è rilevante per noi è che Greenberg trova che “un alto arousal emozionale combinato ad una intensa riflessione sull’esperienza emozionale, distingue i casi di buona e cattiva riuscita, ma quell’arousal e quell’espressione di emozione *da sole* possono essere inadeguati a promuovere un cambiamento” (Greenberg 2002, p. 13). Sulla base di queste scoperte conclude che l’attivazione emozionale, perché sia utile clinicamente, deve essere combinata con una costruzione di significato e riflessione, cioè con un processo di metabolizzazione ed integrazione di esperienze di grande intensità: ciò che chiamiamo “elaborazione”.

Il modello terapeutico sviluppato da Siegel non si confronta con il fattore “qualitativo” di arousal/intensità/carica, ma piuttosto con quello “quantitativo”. Siegel non si concentra sull’arousal come agente terapeutico di per sé, ma chiede “quanto è troppo/non abbastanza/per chi e quando”. In relazione alla letteratura ed ai dati provenienti dalla neurobiologia e dalla teoria del trauma, definisce “finestra di tolleranza” la cornice ottimale dell’arousal per elaborare materiale che ha un carico emozionale: “il pensiero o il comportamento di una persona possono essere disgregati se l’attivazione (arousal) supera i confini della finestra di tolleranza” (Siegel 1999, p. 254). Questa connota una qualità dinamica che coinvolge il movimento di materiale affettivo o energeticamente carico dalle strutture limbiche verso la parte superiore destra e/o sinistra del cervello, così che possa verificarsi l’espressione, sia implicita, per es. un gesto od un’emissione vocale, o consapevole, quindi linguistica e narrativa. Le finestre di tolleranza differiscono tra le persone. “Per alcune persone questa finestra può essere piuttosto stretta, per altre una vasta gamma di emozioni può essere sia tollerabile che disponibile alla coscienza. Dipende dalle circostanze interiori e dal contesto sociale quanto sia aperta la finestra individuale per una specifica persona in un momento specifico, ed è diversa in momenti diversi” (Siegel, 1999, p. 254). Il concetto di Siegel enfatizza l’individualità e variabilità dei livelli di attivazione (arousal) rispetto al loro utilizzo terapeutico. Questa affermazione diventa una linea guida per l’azione terapeutica: la terapia funziona bene solo quando si muove entro la finestra di tolleranza, i terapeuti lavorano bene solo quando stimolano o calmano, sintonizzandosi con il paziente specifico nel contesto specifico. Il contesto interpersonale, la regolazione diadica è di immensa importanza. Resneck-Sannes (2005, p 38) vi si riferisce come “finestra terapeutica” e descrive in dettaglio come i terapeuti bioenergetici possono lavorare entro questa finestra.

Le posizioni di Greenberg e Siegel sono state al centro della nostra pratica clinica e delle nostre discussioni teoriche da sempre. Abbiamo avuto dibattiti polarizzati sui meriti di una carica alta *versus* quelli di una carica bassa, su tecniche che mobilitano e tecniche che calmano con posizioni differenziate tra coloro che portavano avanti la linea dura in cui solo “energizzare i blocchi” e “attaccare la resistenza” contavano, oppure la bioenergetica dolce per la quale mobilitare ed elevare i livelli di energia era già considerato fare terapia in modo sbagliato.

Le neuroscienze che ho brevemente sintetizzato forniscono prove sufficienti di ciò a cui la maggior parte di noi, spero, sono arrivati intuitivamente e che praticano: quanta carica è troppa/non sufficiente/per quale paziente ed a quale punto del processo di terapia; in sintesi: il significato di carica è soggettivo e legato al momento. Paragonandoci a terapeuti che si affidano alle esplorazioni verbali e dell’interazione, la nostra conoscenza della lettura del corpo e del carattere, e il nostro grande repertorio di interventi indiretti e diretti sul corpo ci dà un enorme vantaggio nell’area della regolazione entro la finestra terapeutica. Sappiamo creare sia bassa che alta attivazione, lavorarci, per es. radicare l’arousal. In questo contesto “radicare un paziente” significa niente più che portare il paziente dentro la sua finestra di tolleranza.

Ciò che ci è mancato finora è un linguaggio che traduca i nostri concetti (in questo caso, carica e grounding) ed i nostri modi di lavorare in un linguaggio compreso, accettato ed usato nel più ampio mondo contemporaneo della terapia (arousal, finestra di tolleranza). Siamo stati ostacolati dal fatto che “energia” e “carica” risultavano concetti strani. Per una varietà di ragioni che vanno al di là degli scopi di questo articolo, non propongo di abbandonare queste nozioni, ma credo sia necessario integrare termini e concetti come arousal, conoscenza implicita/esplicita, sistema limbico, teoria

della regolazione, regolazione diadica, finestra di tolleranza e così via, nel nostro linguaggio bioenergetico e nel nostro repertorio di strumenti.

Un altro concetto che può essere utilmente ri-valutato ed integrato con la cultura neuroscientifica è quello di catarsi che è al centro dell'interrogarsi sui vantaggi e meriti di una carica alta e/o bassa come agenti di cambiamento. Esperienze catartiche, se ben elaborate, possono essere buoni esempi di ristrutturazione neurologica: c'è l'alto livello di arousal (Greenberg), c'è la combinazione di arousal ed espressione, significato e riflessione (Greenberg di nuovo), c'è l'emergere di una cambiata informazione emozionale dalle strutture inferiori, limbiche, diretta verso strutture delle parti superiori del cervello (Schore), insieme all'elaborazione emisfero cerebrale destro-emisfero cerebrale sinistro (Schore di nuovo) e c'è la finestra terapeutica (Siegel).³

Adesso passiamo ad un contributo essenziale che possiamo offrire sia alle neuroscienze affettive, sia al più ampio mondo della terapia. Il contributo consiste nella conoscenza di

come gli interventi corporei possono influenzare la ri-organizzazione del cervello

Per prima cosa, presenterò piccoli frammenti di due sedute di terapia e successivamente li confronterò usando il linguaggio e la prospettiva bioenergetici e il linguaggio e la prospettiva delle neuroscienze.

Momento clinico n. 1: la situazione che segue si verifica dopo circa sei mesi di terapia a cadenza settimanale. La paziente è una donna giovane, Athena, poco più che ventenne, studentessa di arte cresciuta in Italia e nella città di New York in un ambiente familiare pervaso dall'arte. Suo padre, francese e sua madre americana, hanno divorziato quando aveva dodici anni. E' entrata in terapia perché, dopo aver vissuto in Italia durante gli anni delle scuole superiori, voleva fortemente vivere e lavorare a New York, ma si sentiva sempre più "confusa" da quest'impresa, incapace di concentrarsi sul suo lavoro e di crearsi una cerchia di amici, mentre si struggeva per l'Italia che aveva lasciato. Fino a questo momento, avevamo lavorato sia verbalmente che con tecniche di *grounding* sia in autonomia che interattive, cominciando le sedute nel mio studio con un po' di interazione verbale e poi passando al lavoro corporeo. Cominciò a riflettere e comprendere la sua vita contemporaneamente senza radici e sradicata, e a sentire di aver bisogno di far nascere le sue radici personali a New York, a scuola, coi suoi amici e con me.

Questa seduta inizia in modo diverso. La mia paziente non si siede immediatamente come fa di solito; si ferma, rimanendo in piedi vicino alla sedia, esitante, guardandosi intorno. Io cammino verso di lei, guardo intorno insieme a lei e chiedo, anch'io esitante: "Stai cercando qualcosa...?" Il suo sguardo si sposta sul pavimento, e dice che le piacerebbe sedersi lì, e lo fa. Nello stesso momento, persino prima che pronunci le sue parole, "so" cosa ha in mente, una veloce successione di immagini della seduta precedente affolla la mia mente: divento consapevole di come era sembrata a disagio e rigida, come *premuta in dentro* appena si era seduta sulla sua sedia. Ovviamente avevo notato questo in precedenza, ma non aveva raggiunto la soglia della consapevolezza tanto da usarlo attivamente in terapia. Sento un palpabile sollievo nella mente e nel corpo per l'azione/soluzione di Athena e glielo faccio sapere. Lei sorride, approvando, mentre mi siedo per metà vicino a lei e per metà di fronte a lei. Il suo corpo sembra non solo lasciarsi andare sul pavimento dello studio, ma sembra anche prendere più spazio, adesso che non è confinata in una sedia. Mentre parla, le sue gambe si stendono come per caso nella mia direzione. Io piego il mio corpo in avanti, le sue dita dei piedi raggiungono i miei e finiscono per restare lì.

Per molte delle sedute successive cominciamo con una posizione simile, entrambe sul pavimento, con le sue dita dei piedi che in qualche modo toccano il mio corpo. Mentre siamo sedute in questo modo, condivide sempre di più ciò che accade dentro di lei mentre siamo in questa posizione. La fa sentire "a casa" e le sue parole fluiscono con più facilità. E' più facile essere "con me" piuttosto che

³ Ho esplorato il concetto di catarsi e la sua rielaborazione in termini neuroscientifici in pubblicazioni precedenti (Klopstech 2004a, 2005a)

“dall'altra parte rispetto a me” che la faceva sentire separata, benché l'attuale distanza tra le parti alte dei nostri corpi sia approssimativamente la stessa di quando eravamo sedute sulle sedie, faccia a faccia. Adesso, sedute sul pavimento, abbiamo il ponte corporeo delle “sue dita dei piedi sul mio corpo” a ridurre la distanza e ad amplificare la connessione. A volte ascolto semplicemente, rispondendo col mio corpo, chinandomi verso di lei o allontanandomi, cogliendo il più lieve cambiamento nel movimento dei suoi piedi e delle dita dei suoi piedi per rimanere connessa, lasciando che il mio corpo si modelli in base al suo. In altri momenti rispondo non solo col mio corpo, ma anche con parole ed entriamo in un'interazione verbale. Riferisce che sta attivamente trovando e creando il suo spazio, fisico ed emozionale, non solo nel mio studio ma nella sua vita a New York, sta stringendo amicizie e coinvolgendosi in progetti di arte con altri studenti. Emergono in lei ricordi sul sedersi a tavola in famiglia: come doveva stare al suo posto, con le mani sulla tavola che non osavano cambiare posizione, mentre non osava parlare apertamente al suo oppressivo padre. Per un certo numero di sedute il contatto tra i nostri piedi, in qualche modo, rimane importante nella terapia. Si evidenzia anche importante la possibilità di muovere liberamente le mani: “Le mie mani appartengono totalmente a me, sono i miei strumenti” (è un'artista, mentre dipinge, scolpisce, cuce, salda).

Momento clinico n. 2: la situazione catartica che segue si verifica dopo tre mesi di terapia. La paziente è una donna di quarant'anni, Sarah. E' entrata in terapia con me per via di un recente conflitto coniugale e per affrontare i vissuti relativi al suo corpo che per tutta la vita non le è piaciuto. Aveva già avuto un'esperienza di psicoterapia corporea, per cui il lavoro sul corpo le è familiare e i primi tre mesi di terapia sono consistiti in una combinazione di interazione verbale e interventi corporei. A questo punto, in terapia, siamo entrambe consapevoli che una gran parte della sua vita ha a che fare con il lottare, a partire dalla sua famiglia d'origine in Sud Africa e continuando qui negli Stati Uniti dove ha cominciato come immigrata senza permesso di soggiorno, fino a diventare un medico affermato. La mentalità combattiva di Sarah si manifesta nel corpo muscoloso, con la mascella forte, da guerriero. I suoi polpacci e le sue cosce iper-sviluppati assicurano che nessuno la metterà da parte! Si sente capita ed accettata nella relazione con me, e quindi, a tre mesi dall'inizio della terapia, decido di proporle un intervento, deliberatamente non dicendole prima le ragioni di questa specifica scelta per non influenzare la sua reazione. Le dico che voglio portarla sulle mie mani e le spiego la tecnica: mi sdraierò sul pavimento, sulla pancia, con le braccia stese in avanti e le palme delle mani rivolte verso l'alto, appoggiate per terra. Lei camminerà lentamente sulle mie mani così che le piante dei suoi piedi poggeranno effettivamente su esse. La paziente accetta l'idea di esplorare i suoi sentimenti e le sue reazioni in questo setting senza sapere esplicitamente perché stiamo compiendo questa impresa che ammetto essere strana. Siamo d'accordo di parlare successivamente delle ipotesi che mi hanno portato a questa proposta.

La mia proposta deriva dalla comprensione della sua storia, caratterizzata dalla mancanza di sostegno genitoriale abbinata al peso di prendersi cura dei fratelli più piccoli e dalla necessità di cavarsela nel mondo. Tornando alla radice letterale della parola “sostegno”, che significa “portare da sotto”, le offro l'esperienza fisica di “sostenere” il suo corpo ed il suo peso da sotto e spero che il suo corpo riceva il messaggio che il sostegno esiste e che può essere concretamente esperito.

La reazione immediata di Sarah è sorpresa, incredulità e preoccupazione che sarà troppo pesante, seguite da un apprensivo, deciso cenno di assenso con il capo. Posso sentire nelle mie mani come si lascia andare abbandonando il suo peso e affidandosi a me perché la sostenga. Mi dice che le dà un gran sollievo. Dopo un po' sento un sospiro e scoppia in un pianto profondo che scuote il suo intero corpo ...ma rimane sulle mie mani... piangendo per molto tempo. Quello che le viene in mente quando il pianto finisce è qualcosa di cui non si era resa conto prima: quanto critica e comanda il marito con frasi come “Perché non hai fatto...?”.

E' inorridita. Le dico “le pretese induriscono ed i desideri ammorbidiscono”. E' in silenzio...le chiedo di lasciare lentamente le mie mani e di spostarsi di nuovo sui suoi piedi. Sente il terreno come più morbido di prima, più cedevole. Chiedo: “Proprio come vorresti essere tu?”

Nella seduta successiva Sarah mi dice che durante la settimana precedente ha cercato di rivolgere richieste a suo marito invece che pretendere e che si è sentita meno esausta del solito. “Inoltre”, dice mezza imbarazzata, mezza affascinata “il sesso è stato molto migliore”.

Confronto e contrapposizione, usando un approccio multidisciplinare⁴

I due momenti clinici non sono atipici per il lavoro clinico in psicoterapia corporea e condividono similarità essenziali. Certamente possiamo guardarli attraverso le nostre lenti familiari, psicodinamiche, bioenergetiche, relazionali, ma per i nostri attuali scopi, si prestano anche bene ad una comprensione neuropsicologica. Mi muoverò tra le diverse lenti per dimostrare come possono essere arricchenti un linguaggio e una comprensione multidisciplinari.

Entrambi i momenti clinici possono essere visti come esperienze correttive che tentano di creare nuove connessioni neurologiche che coinvolgono sequenze emisfero-cerebrale-destro-a-emisfero cerebrale-destro-poi-emisfero-cerebrale-sinistro; entrambe implicano un'autoregolazione flessibile, autonoma, interna della mia paziente e diadica, tra-lei-e-me. Ed in entrambe le situazioni le mie pazienti sono rimaste entro le loro finestre di tolleranza, nonostante i livelli di arousal (attivazione) fossero piuttosto diversi, ed abbiano plasmato il corso della terapia in modi diversi. Il nostro linguaggio bioenergetico enfatizzerebbe il ruolo essenziale del contatto fisico per il cambiamento, gli interventi specifici, il ruolo che hanno giocato la valutazione del carattere e la lettura del corpo, e così via. Una visione relazionale potrebbe concentrarsi sulla specificità della relazione, per es. l'interazione mia e di Sara sulle sue preoccupazioni di essere “troppo”, o i tentativi convergenti miei e di Athena di rendere il mio studio una nuova buona “casa” per lei, come spazio transizionale per rendere New York una buona casa.

Nello specifico, in entrambi i momenti clinici la comunicazione tra me e le pazienti ha luogo usando un linguaggio sia verbale che corporeo. E' un dialogo fatto di parole e gesti, letteralmente di “mani e piedi”. Può essere letto come tentativo di “parlare” al sistema limbico, che non capisce il linguaggio verbale ma è sensibile al contenuto emozionale della comunicazione e al linguaggio del corpo. Ma può anche essere visto come comunicazione tra due sistemi limbici attraverso un'interazione corpo-a-corpo: riguarda “l'ascolto con il mio sistema limbico” attraverso il mio corpo. “E' il corpo del terapeuta ad essere lo strumento primario per la sintonizzazione psicobiologica” (Lewis 2003, p. 59) e riguarda il “parlare al sistema limbico del paziente” anche attraverso il mio corpo. Entrambi i momenti funzionano con un'autoregolazione flessibile, cioè una combinazione di regolazione autonoma in cui il paziente usa le risorse interiori senza ricevere aiuto dal terapeuta, e una regolazione interattiva tra paziente e terapeuta. La nuova esperienza non deve necessariamente essere verbalizzata o persino consapevole, una sequenza “emisfero-cerebrale-destro-a-emisfero-cerebrale-destro-poi-emisfero-cerebrale-sinistro” che abbia un effetto regolatore su pensieri, comportamento, emozioni. Può anche giocare sotto la soglia della consapevolezza: “emisfero-cerebrale-destro-emisfero-cerebrale-destro”.

Nel linguaggio bioenergetico, i cambiamenti energetici sono entità complesse fatte di microelementi più o meno consapevoli, che spaziano da un cambiamento sottile nella qualità del contatto oculare o corporeo, fino a cambiamenti ovvii nei pattern del respiro, negli stati emozionali e nei processi di pensiero, ed a cambiamenti nelle espressioni verbali. I movimenti corporei di Athena, il suo fare sì con la testa, il suo stendere i piedi, ripetuti in ogni seduta forniscono un buon esempio della complessità. La connessione attraverso i nostri piedi e le nostre gambe, per esempio, era silenziosamente riconosciuta ma non è stata mai scambiata una parola sul suo significato, tipica comunicazione limbica, o da emisfero destro a emisfero destro.

E ricordate Sarah, che stava facendo un'esperienza emozionale, assaporando il sostegno del suo corpo attraverso il mio corpo, comunicazione da emisfero destro a emisfero destro, e poi la sua

⁴ Alcune riflessioni in questo capitolo in particolare sono una versione aggiornata ed estesa di una simile linea di pensiero di una pubblicazione precedente (Klopstech, 2005b, p. 100-103)

presa di consapevolezza (insight) verbalizzata sul suo essere ipercritica e prepotente con il marito, esempio di come entri in gioco la parte superiore sinistra del cervello.

Con i suoi interventi diretti sul corpo e le sue esplorazioni, l'analisi bioenergetica possiede un eccellente ed esteso repertorio di tecniche che, quando integrate in un appropriato campo relazionale ("vecchio" linguaggio psicodinamico: transfert e controtransfert), *possono* diventare veicolo di trasmissione sia della relazione che della comunicazione tra i sistemi limbici. Quanta ripetizione della stessa esperienza interazionale ed intrapersonale, o quanta variazione all'interno di un modello di esperienza sono necessari per indebolire o sovrascrivere su una vecchia connessione neurologica e crearne una nuova? Non lo sappiamo e la risposta è lasciata alla cultura, alla valutazione ed all'intuizione del terapeuta. Per inciso, non credo che tutto il lavoro corporeo o corporeo-relazionale porti ad una ristrutturazione neurale. Il sottoinsieme che con maggiore probabilità sembra condurre alla riorganizzazione delle strutture limbiche riguarda gli interventi e le esplorazioni che sollecitano materiale biografico importante, forse traumatico. Se, oltre al materiale ontogenetico, le informazioni biografiche, viene anche toccato del materiale filogenetico in aree sotto-corticali più profonde, potrebbe aumentare la probabilità di riorganizzazione.

Nei due momenti clinici ci sono anche importanti differenze. Nel primo si verifica uno spontaneo *enactment* tra Athena e me. Considero l'*enactment* una costellazione co-creata, cioè una *produzione* congiunta di terapeuta e paziente, spesso nel campo non-verbale, dove non è chiaramente definito chi reagisce a chi, chi ha dato il via all'azione e chi si sta muovendo di conseguenza. Il secondo si sviluppa a partire da un'azione guidata da una mia ipotesi e provoca un'esperienza catartica per Sarah. Il mio intervento nasce da un insieme di informazioni sul suo background: racconti di Sarah sulla sua storia e la sua situazione attuale, la mia lettura del suo corpo, la mutua consapevolezza della sua conoscenza del suo corpo e la mia valutazione del campo relazionale, cioè la momentanea e sottostante situazione di transfert-controtransfert.

Inoltre, i livelli di arousal nei momenti clinici sono diversi. Il primo non è catartico e l'agente terapeutico sembra consistere nella regolazione diadica ripetitiva a bassa carica con piccole variazioni ad ogni seduta, facilmente entro la finestra di tolleranza di Athena. Il livello di arousal è comunque abbastanza alto per Athena da consentirle un cambiamento: diventa sempre più radicata nelle sue azioni e quindi nella realtà. C'è "un'intuizione energetica", ma è dalla mia parte, quella di terapeuta⁵. La mia conoscenza implicita di quanto Athena fosse scomoda sulla sua sedia ad un tratto si è cristallizzata in conoscenza esplicita ed è diventata l'evento scatenante l'azione seguente, il mio sedermi con lei sul pavimento. Questo momento specifico, il cambiamento di posizione dalle sedie al pavimento (ma anche il processo nel suo complesso) è un esempio del funzionamento dei "neuroni-specchio" come base neurale dell'empatia. La costellazione iniziale, lo spostarci insieme sul pavimento e il mio spostare le mie gambe verso le dita dei suoi piedi, suggerisce che i miei neuroni-specchio "anticipano" l'intenzione di movimento della paziente.

La recente scoperta dei neuroni-specchio aiuta i neuroscienziati a spiegare una serie di enigmi rimasti in sospeso. I neuroni-specchio sono così definiti perché ri-creano l'esperienza altrui dentro noi, permettendoci di metterci nei panni dell'altra persona e sperimentare empatia. I neuroni-specchio sono localizzati nella corteccia premotoria, l'area che pianifica i movimenti e sono connessi al sistema limbico, la regione emozionale del cervello; così, quando i miei neuroni-specchio scaricano in reazione alla mia paziente, ciò scatena emozioni empatiche – o risonanza limbica – in me. Se l'altro compie un movimento, i neuroni-specchio possono essere responsabili non solo della percezione dell'azione, ma anche della comprensione del suo movimento, delle sue intenzioni ed emozioni. In un certo senso, non vediamo solo l'azione, ma iniziamo a percepirla sotto forma di sensazioni, come se ne fossimo protagonisti. Credo che il fenomeno dei neuroni-specchio

⁵ Per "insight energetico" intendo l'insight energetico che accompagna l'effettiva esperienza fisica ed emozionale di un cambiamento interiore. La componente cruciale qui è la quasi-simultaneità di pensiero/sentimento/sensazione corporea. L'emergenza simultanea e lo stare insieme favorisce la profondità all'esperienza e promuove un'esperienza di spostamento cambiamento interiore (Klopstech 2005d, p.60).

abbia un'ampia applicabilità e presenti un reale progresso nella connessione tra neuroscienze e processo psicoterapeutico.

La seconda situazione descrive un'esperienza catartica per il paziente, indotta dal mio intervento guidato da un'ipotesi. Volevo consapevolmente fornire un'esperienza correttiva corporeo-emozionale e potenzialmente intensa. Questo ha dato vita ad una situazione di elevata carica corporea ed interpersonale, mobilizzata da una specifica tecnica corporea con il suo specifico significato in uno specifico momento relazionale. Ha posto le basi per la catarsi, due insight ed una nuova esperienza. Un insight si è verificato subito nella seduta di terapia (sono troppo prepotente con mio marito). L'altro si è verificato fuori della terapia, come processo di integrazione a bassa carica energetica (la presa di coscienza del miglioramento del sesso). La nuova esperienza era la migliore sessualità, probabilmente derivante da una ristrutturazione limbica e il rendersi conto di questo attraverso un insight. Questo processo non era caratterizzato dalla ripetizione, come il primo, ma piuttosto da un alto arousal iniziale entro la finestra di tolleranza di Sarah e da un istantaneo cambiamento di significato. Questo è stato seguito da una regolazione diadica e dall'integrazione nella vita quotidiana. Nel linguaggio bioenergetico tradizionale questo processo sarebbe chiamato crollo (o rimozione di un blocco energetico) seguito da un progresso.

Conseguenze per la prassi clinica: possono interventi ed esperienze corporee avere un ruolo nelle psicoterapie a noi limitrofe?

Ho usato le vignette cliniche per illustrare la comprensione multidisciplinare e tradurre il processo terapeutico in linguaggi differenti: bioenergetico, psicodinamico, relazionale, neuropsicologico. L'impegno ed il desiderio di attuare queste traduzioni ha conseguenze sulla nostra relazione con le scuole limitrofe che, principalmente per via delle neuroscienze, stanno diventando attente alla comunicazione non-verbale che coinvolge il corpo (e non solo il viso).

Io ritengo che i campi di significato verbale-corporeo, ed in particolare le metafore corporee come quelle di cui si è fatta esperienza nei momenti clinici, forniscano un essenziale confine di contatto tra l'analisi bioenergetica e le terapie che possiamo considerare più vicine a noi. Ovviamente, un intervento come quello in cui la paziente poggia i piedi sulle mie mani in modo che possa fornirle un letteralmente un sostegno e un radicamento (grounding) umano, probabilmente rimarrà unicamente nel repertorio dell'analisi bioenergetica. Ma un cambiamento di setting, spontaneo o voluto, come sedersi per terra o stare in piedi, potrebbe essere integrato nella pratica clinica di terapeuti verbali, almeno di quelli che vogliono includere di più il corpo nella loro pratica e/o stanno sperimentando modi per raggiungere le strutture sottocorticali dei loro pazienti. Poi ci sono anche le forme più comuni e socialmente accettate di contatto fisico, come il "prendere per mano" o "una-mano-sulla-schiena-o-sulla-spalla", che potrebbero essere diversamente esplorate. Anche l'interazione corporea, *senza contatto fisico diretto*, potrebbe aprire nuove porte. Di nuovo, mettere in pratica le metafore che fanno riferimento al corpo fornisce una facile via d'accesso. Pensate, per esempio, ad una frase come "Voglio il mio spazio", che i terapeuti ascoltano piuttosto spesso. Esplorare letteralmente la vicinanza, la distanza e il posizionamento tra paziente e terapeuta, lontano e vicino, di fronte-di lato-dietro, nell'intero campo visivo o dall'angolo visuale, è una potenziale interazione fisica senza neanche rompere il tabù del contatto fisico. Un esempio di tipo diverso è il terapeuta che semplicemente si adatta al ritmo del respiro del paziente, creando una sintonizzazione fisica ed un senso dello stare insieme, senza contatto corporeo o parole esplicative. Questi esempi possono essere capiti ed insegnati usando il linguaggio bioenergetico tradizionale, quello neuropsicologico e quello relazionale. Se diventiamo capaci di parlare diversi linguaggi, e se possiamo spostarci tra essi, possiamo dimostrare di saper fornire, alle neuroscienze e agli approcci terapeutici non corporei, la concettualizzazione del posto che occupa il corpo.

Commenti finali

Vorrei concludere sottolineando cosa sento di aver guadagnato dal mio interesse per le evoluzioni che stanno interessando il mondo della psicoterapia.

1. Mi ha aiutato a mantenere vitalità e freschezza nel mio lavoro, che non è cosa di poca importanza quando assistiamo a tanti casi di terapeuti in burn-out.
2. Posso avere un dialogo significativo con terapeuti non bioenergetici. Un dialogo che va via via implementandosi perché si sta sviluppando un crescente interesse nei confronti del corpo e del ruolo del corpo nell'incontro terapeutico, interesse essenzialmente suscitato dalle neuroscienze.
3. Mi trovo ad avere un approccio multidisciplinare quando lavoro con i pazienti. Sia l'approccio bioenergetico che quello delle neuroscienze e quello relazionale, sono nella mia mente consapevole (esplicita) e, dal modo in cui emerge il mio lavoro terapeutico, anche nella mia mente preconsa (implicita). Sento che questa multidisciplinarietà mi ha reso una terapeuta più efficace.

References

Aaron, L. and Anderson, F. S. (1998): *Relational Perspectives on the Body*, The Analytic Press, Hillsdale NJ., trad. It. *Il corpo nella prospettiva relazionale*, la Biblioteca, Bari, Roma 2004

Berceli, D. (1999) : Trauma and startle reflex: It's creation and resolution. *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA*, vol 10, Nr 1, p 11-15

Bauer, J. (2006) : *Warum ich fühle was du fühlst*. (Hoffmann und Campe), Hamburg

Carle, L. (2002): *Das Beziehungsgeschehen in der Psychotherapie*. Koemeda-Lutz, M. (2002) (ed): *Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel*. (Schwabe), Basel. p 88-116

Collier, E. and Goodrich-Dunn, B. (2002-2007): personal communications

Conger, J.(1988): *The Body as Shadow*. (North Atlantic Books), Berkeley

Cornell, B. (2000): Transference, desire and vulnerability in body centered psychotherapy. In: *Energy & Character* 20 (2), p 50-60

Cornell, B. (in press): The Impassioned Body: Erotic Vitality and Disturbance. *The British Gestalt Journal*

Damasio, A. R. (1994): *Descartes' error*. (Grosset/Putnam), New York, trad. it. *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano, 1994

Damasio, A. R. (1999): *The Feeling of What Happens*. (Harcourt, Brace and Company), New York trad. it. *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano, 2000

Eckberg, M.. (2000): *Victims of Cruelty*. (North Atlantic Books), Berkeley.

Geißler, P. (1995): *Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse: Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration*. (Peter Lang), Frankfurt a. M.

Geißler, P. (2002): Psychoanalyse und Körper: Überlegungen zum gegenwärtigen Stand analytischer Körperpsychotherapie. In: *Psychoanalyse und Körper*, Nr. 1, Jg. 1, (Psychosozial-Verlag), Gießen. p 37-81

Greenberg, L. S. (2002): Integrating an Emotion-Focused Approach to Treatment into Psychotherapy Integration. In: *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 12, No 2, S.154-189.

Heinrich, V. (1999): Physical Phenomena of Countertransference: Therapists as Resonance Body. *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA*, vol 10, Nr 2, p 33-54.

Heisterkamp, G. (1993): *Heilsame Berührungen*. (Pfeiffer), München

Heisterkamp, G. (2003): *Basales Verstehen. Handlungsdialektik in Psychotherapie und Psychoanalyse*. (Pfeiffer bei Klett-Cotta), Stuttgart.

Hilton, R. (2000): Bioenergetics and modes of therapeutic action. Presented at the International conference on Bioenergetic Analysis, Montebello, Canada, May 2000, trad. it. Analisi bioenergetica e Modelli di intervento bioenergetico, in *Grounding*,1, 2007

Hoffmann-Axthelm, D. (1996): Am anderen Ufer des Sprachflusses. Über den möglichen Umgang mit sprachlosem Entsetzen in der körperorientierten Psychotherapie. In: Hoffmann-Axthelm, D. (eds), *Mit Leib und Seele. Wege der Körperpsychotherapie. Körper und Seele 4*, (Schwabe), Basel, p 213-240

Hoffmann-Axthelm, D. (2007): Die Kunst des Liebens. Sexualität und Sexualisierung im Spiegel des körperpsychotherapeutisch orientierten Handlungsdialektik. In: Geißler, P. and Heisterkamp, G. (eds), *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie - Ein Lehrbuch*. (Springer), WienNew York, p 441-458

Hüther, H. (2005): Mein Körper-das bin doch ich... Neurobiologische Argumente für den Einsatz Körperorientierter Verfahren in der Psychotherapie. *Psychoanalyse & Körper*, 4.Jg. (2005), Heft 11, Nr.7, (Psychosozial-Verlag), Giessen. p 7-24

Klopstech, A. (2000a): Alter Wein in neuen Schläuchen: Die Integration ursprünglicher und gegenwärtiger Konzepte in der Bioenergetischen Analyse. Unveröffentlichter Vortrag zum Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Körperpsychotherapie. Basel.

Klopstech, A. (2000b): *Frauen-Rituale. Die vielen Facetten einer Frau*, CD. (Bauer Verlag), Freiburg

Klopstech, A. (2000c): Psychoanalysis and Body Psychotherapies in Dialogue, *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA*, Vol 11, Nr.1, p.43-54.

Klopstech, A. (2000 d): The Bioenergetic Use of a Psychoanalytic Conception of Cure, *Bioenergetic Analysis The Clinical Journal of the IIBA*, Vol 11, Nr.1, p.55-66.

Klopstech, A. (2004a): Im Kontext autonomer und interaktiver Selbstregulation: Katharsis im neuen Kleid. In: Geißler, P. (2004): *Was ist Selbstregulation? Eine Standortbestimmung*. (Psychosozial-Verlag), Giessen.

Klopstech, A. (2004b): Entering the Dyadic world of Transference and Countertransference: Done Well, a Daring and Delicate Endeavor, Paper presented to the Western Pennsylvania Forum for Relational and Body Psychotherapy

Klopstech, A. (2005a): Catharsis and Self-Regulation Revisited: Scientific and Clinical Considerations. In: *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA*, Vol. 15, No 1, p 101-132

Klopstech, A. (2005b): Stellen die Neurowissenschaften die Psychotherapie vom Kopf auf die Füße? Neurowissenschaftliche Überlegungen zu klassischen Konzepten der (Körper) Psychotherapie. *Psychoanalyse & Körper*, 4.Jg. (2005), Heft 11, Nr.7, (Psychosozial Verlag), Giessen. p 69 - 108

Koemeda-Lutz, M. (2002) (ed): *Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel.* (Schwabe), Basel.

Koemeda, M. (2004): Die relative Bedeutung von Kognition, Affekt und Motorik im psychotherapeutischen Prozess – eine bioenergetische Perspektive. Überarbeitete Version eines Vortrags beim Wiener Symposium „Psychoanalyse und Körper“, September 2004. In: Geissler, P. (im Druck): *Therapeutische Interaktion – Makro- und Mikroperspektive.* (Psychosozial-Verlag), Giessen.

Koemeda-Lutz, M. & Steinmann, H. (2004): Implikationen neurobiologischer Forschungsergebnisse für die Körperpsychotherapie unter spezieller Berücksichtigung der Affekte. In: Koemeda, M. (ed) (2004): *Neurowissenschaften und Psychotherapie.* Psychotherapie Forum (12) No.2. (Springer), New York/Wien. P 88-97.

LeDoux, J. (1996): *The Emotional Brain.* (Simon & Schuster), New York

Lewis, B. (2000) : Trauma and the Body. In *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA*, Vol 11, No21, p 61-76.

Lewis, B. (2004): Projective Identification Revisited: Listening with the Limbic System, *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA*, Vol 14, No 1, p 57-74.

Lewis, B. (2005) : The Anatomy of Empathy. *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA*, Vol 15, p 9-31

Maley, M. (2006): Shock, Trauma and Polarization: Finding Unity in a world of Polarities. *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA*, Vol 1, p 49-62

Moser, T. (2001): *Berührung auf der Couch.* Formen der analytischen Körperpsychotherapie. (Suhrkamp), Frankfurt a.M.

Resneck-Sannes, H. (2002): Psychobiology of affects: Implications for a somatic psychotherapy. *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA*, Vol. 15, No1, S.111-122

Resneck-Sannes, H. (2005): Bioenergetics: Past Present And Future, *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA*, Vol 15, No 1, p 33-54.

- Schiepek, G. (2003): *Neurobiologie der Psychotherapie*. (Schattauer), Stuttgart.
- Schore, A. (1994): *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. (Erlbaum), Hillsdale NJ.
- Schore, A. (2003): *Affect Regulation and the Repair of the Self*. (Norton), New York. trad. it. *Regolazione degli affetti e riparazione del Sé*, Astrolabio-Ubaldini ed. Roma 2008
- Schore, A. (2003b): *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. (Norton), New York.
- Schore, A. (2005): A Neuropsychoanalytic Viewpoint, *Psychoanalytic Dialogues*, 15, p 829-854
- Siegel, D. (1999): *The Developing Mind*. (Guilford Press) New York.
- Siegel, D. (2003): Präambel. In: Schore, A. (2003a): *Affect Regulation and the Repair of the Self*. (Norton), New York.
- Stark, M. (1999): *Modes of Therapeutic Action*. (Jason Aronson), Northvale, NJ.
- Traue, H. (1998): *Emotion und Gesundheit*. (Spektrum), Heidelberg
- Traue, H. (2005): Emotional Inhibition and Disease. *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA*, Vol. 15, No 1, p 55-88
- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L.W., Stern D.N. (1998): Non-Interpretative Mechanisms in Psychoanalytic Therapy. *Int. J. Psycho-Analysis*. 79, S.903-921.