



Il corpo in psicoterapia: intruso, ospite o soggetto?

Considerazioni nell'ottica dell'Approccio Centrato sulla Persona

di Paolo Ballarin¹

In questo scritto cercherò di sviluppare una riflessione intorno al tema del “lavoro corporeo” in psicoterapia, accettando l'inevitabile rischio di risultare schematico e riduttivo nel tentativo di affrontare un argomento così ampio e complesso. Cercherò in particolare di evidenziare come l'attenzione alla dimensione corporea nel setting psicoterapeutico acquisti a mio parere un suo specifico valore non tanto in base all'utilizzo di per sé di specifiche tecniche e, per così dire, a “quanto corpo” viene messo in gioco, ma piuttosto in base alla visione paradigmatica della natura umana, delle relazioni e del cambiamento in cui uno si riconosce.

Parlare di corpo in psicoterapia rimanda infatti immediatamente a una visione olistica (o “sistemica”) dell'essere umano, dove non solamente la netta separazione tra corpo, psiche e relazioni viene superata, ma anche il ruolo del terapeuta deve essere riconsiderato rispetto a un paradigma meccanicistico.

Questo tentativo rappresenta in qualche modo il desiderio di “fare il punto” su un mio personale percorso di formazione, di ricerca e di esperienze personali e cliniche, che negli anni ha visto realizzarsi l'incontro tra il “primo amore” della psicoterapia corporea con quello più “maturo e consapevole” per l'Approccio Centrato sulla Persona. Ha quindi prima di tutto un valore per me stesso e in seconda battuta si augura di offrire spunti e occasioni di confronto con colleghi e colleghe.

Quale psicoterapia?

Per provare ad affrontare la domanda circa quale posto assegnare al corpo nella pratica psicoterapeutica, credo possa essere utile fare alcuni passi indietro e richiamare brevemente le sue origini ed evoluzione.

All'inizio del secolo scorso il mondo della psicologia era dominato da due grandi scuole di pensiero: la psicoanalisi e il comportamentismo.

La **psicoanalisi** deriva dalla psichiatria e quindi da una branca della medicina e si occupa fin dal principio di cura della patologia. Originariamente l'intento di S. Freud, poi di fatto abbandonato, fu quello di fondare una teoria e una pratica che individuasse le connessioni tra i fenomeni psichici e quelli fisici e che fosse al contempo interamente all'interno del modello medico e rispettosa del paradigma scientifico dominante.

Nel modello psicoanalitico, perlomeno nella sua originaria versione, la psiche funziona in base a un principio omeostatico, ovvero di regolazione delle diverse forze presenti nell'essere umano tendente a un equilibrio sostanzialmente statico (nelle parole dello stesso Freud: “Il sistema nervoso è... un apparato che, se ciò fosse possibile, si manterrebbe in uno stato completamente privo di stimolazioni”). Garante di questo equilibrio è la struttura dell'Io, che si pone come mediatore tra l'Es, sede delle pulsioni, e il Superio, introiezione dei divieti e delle norme genitoriali e sociali.

L'essere umano è visto quindi come governato da una conflittualità interna imprescindibile, tra pulsioni (Natura) e controllo esterno (Cultura), oltre che tra pulsioni di vita (Eros) e di morte (Thanatos). L'intervento esterno (della società, dei genitori, degli educatori) rappresenta una necessaria limitazione del libero soddisfacimento delle pulsioni al fine di garantire la socializzazione dell'individuo e la sopravvivenza della specie.

Il cambiamento terapeutico in psicoanalisi passa attraverso lo svelamento dell'inconscio (“mettere l'Io là dove era l'Es”). La vita psichica è infatti per la gran parte inconscia e quindi per definizione inaccessibile, se non grazie a un intervento esterno, e la sofferenza emozionale e i sintomi derivano

¹ paoloballarin@libero.it

proprio da conflitti e pulsioni inconsce rimosse. Diventa quindi necessario, perché avvenga un cambiamento, che l'analista, conoscitore delle leggi che regolano il mondo dell'inconscio, attraverso l'analisi del transfert, l'interpretazione dei sogni e delle libere associazioni renda intelligibile ciò che non lo è, rivelando al paziente le vere motivazioni della sua sofferenza e in questo modo liberandolo dal legame patologico con il rimosso.

Naturalmente parlare della psicoanalisi come di un modello teorico e di intervento unitario e omogeneo sarebbe un errore grossolano²: innanzitutto la geniale creatività di Sigmund Freud si esprime in una continua e complessa rielaborazione della sua teoria. Inoltre, la teoria e la tecnica originaria subirono integrazioni e modificazioni già a partire dal primo ristretto gruppo di collaboratori di Freud (tra gli altri A. Adler, C. G. Jung, W. Reich, J. Lacan, O. Rank) e in seguito in modo sempre più marcato e significativo (ad esempio con Anna Freud, H. Hartmann e la psicologia dell'Io; la scuola di M. Klein e D. W. Winnicott; K. Horney, E. Fromm, E. Erikson e la valorizzazione degli aspetti interpersonali e culturali; la psicologia del Sé di H. Kohut e il contributo di O. Kernberg e ancora J. Bowlby, D. Stern e l'Infant Research).

In termini generali, possiamo evidenziare in questi sviluppi una serie di spostamenti di attenzione: dalla dimensione pulsionale e dal mondo interno alla dimensione relazionale e interpersonale; dalla comprensione razionale all'esperienza emozionale; dalla carenza, dalla sofferenza e dalla disfunzionalità alla ricerca di benessere e di realizzazione delle proprie potenzialità; dal trauma e dal conflitto alla carenza prima e poi alla dissintonia relazionale; inoltre l'inclusione della dimensione transpersonale e naturalmente dell'attenzione e del lavoro diretto sul corpo.

L'altra grande scuola di pensiero dominante nel mondo della psicologia sino agli anni 50/60 è il **comportamentismo**, le cui origini affondano nel lavoro sperimentale di Pavlov di fine '800, mentre l'atto di nascita fu sancito da J. B. Watson nel 1913. La psicologia da lui fondata dichiara di non volersi occupare in alcun modo di introspezione e di coscienza (non indagabili sperimentalmente), ma esclusivamente del comportamento umano e dei processi fisiologici a esso sottesi.

La tesi principale del comportamentismo è che le differenze individuali possono essere interamente spiegate in termini di apprendimento e di condizionamento esercitato da fattori ambientali, per cui lo studio dell'uomo è lo studio dell'insieme degli stimoli che determinano specifiche risposte comportamentali. Scrive Watson: "Datemi una dozzina di bambini normali, ben fatti, e un ambiente opportuno per allevarli e vi garantisco di prenderne qualcuno a caso e di farlo diventare qualsiasi tipo di specialista che io volessi selezionare – dottore, avvocato, artista, commerciante e persino accattone e ladro – indipendentemente dalle sue attitudini, simpatie, tendenze, capacità e vocazioni" (*Behaviorism. An Introduction to comparative psychology*, 1914).

Com'è noto, la terapia comportamentale nasce a partire da un modello sperimentale definito del "condizionamento classico" (o pavloviano), in base al quale viene creata un'associazione tra uno stimolo (che da "neutro" diventa "condizionato") e uno stimolo incondizionato, così da ottenere l'apprendimento di una reazione condizionata. Il modello di funzionamento dell'essere umano è quindi basato sull'associazione Stimolo-Risposta.

Questo modello viene ripreso e approfondito da B. F. Skinner, che introduce il concetto di condizionamento operante, in cui gioca un ruolo centrale il concetto di rinforzo: determinati comportamenti desiderabili possono essere appresi o incentivati associando a essi dei rinforzi positivi e, viceversa comportamenti non desiderabili possono essere eliminati associandovi stimoli negativi.

Centrale per il comportamentismo è quindi il concetto di controllo e modificazione del comportamento, piuttosto che di attenzione all'esperienza soggettiva e al mondo interiore.

Ulteriori sviluppi di questa scuola sono rintracciabili nella teoria dell'apprendimento sociale di Bandura e nel cognitivo-comportamentismo (scrive G. F. Goldwurm: "Il comportamentismo scivola lentamente nel cognitivismo e insieme si integrano, ove possibile, o si sovrappongono (...)", in Cionini L., 1998, pag. 91).

² Per approfondimenti si veda Amadei G., 2005; Galli P. F., 2006; Schinaia C., 2006.

Abbiamo quindi da una parte un essere umano governato da leggi inconsece, il cui massimo obiettivo è il raggiungimento di un equilibrio omeostatico; dall'altra un essere umano governato da leggi meccaniche, soggette al condizionamento da parte dell'ambiente.

Ciò che accomuna questi due modelli, per tanti versi così differenti tra loro, è di essere entrambi collocati all'interno di un **paradigma scientifico**, dominante sino all'inizio del secolo scorso, che viene definito **meccanicistico e riduzionistico**.

Questo paradigma si rifà alla visione newtoniana del mondo, caratterizzata dall'idea che il modo migliore per conoscere e per intervenire sulla realtà sia quello di scomporre l'oggetto di conoscenza e di interventi nei suoi componenti interni più piccoli possibili, di scoprire le leggi di causa-effetto che ne regolano il funzionamento e di intervenire su di esse in modo da ripristinare il corretto funzionamento, là dove esso si sia perturbato, o comunque di determinarne il cambiamento in base ai propri scopi.

Tale visione si basa a sua volta sulle premesse filosofiche enunciate da Descartes, 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). Ognuna di esse risponde a leggi proprie, sebbene – è importante notare – esse si influenzino a vicenda: la ghiandola pineale sarebbe infatti il luogo corporeo su cui l'anima agisce direttamente e da cui riceverebbe gli impulsi trasmessi dal corpo.

In ambito psichiatrico questa visione della realtà si traduce nell'adozione del modello bio-medico ai problemi della sofferenza 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 nostro 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.

A partire dagli anni '50 emerge e si afferma in psicologia un modello che si differenzia da entrambi quelli illustrati. Questo modello prende il nome di **psicologia umanistica**³ e viene appunto definito la terza forza della psicologia, per differenziarlo dalla psicoanalisi e dal comportamentismo.

Sebbene non abbiano un unico punto di riferimento teorico e metodologico, gli psicologi e psicoterapeuti che si riconoscono in questo movimento condividono alcuni elementi basilari che li differenziano in modo caratteristico dal resto della comunità scientifica psicologica.

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 fiducia nella capacità umana di autodeterminazione: le persone non sono determinate solo dal loro passato o dal loro ambiente, ma sono agenti attivi nella costruzione del loro mondo.

I riferimenti filosofici principali della psicologia umanistica fanno capo da un lato all'esistenzialismo e alla fenomenologia europei e dall'altro al pragmatismo statunitense.

Da questi deriva l'interesse e l'attenzione per l'esperienza soggettiva così come si presenta alla coscienza e per la concezione dell'essere umano come portatore di valori, di obiettivi, di responsabilità e di volontà⁴.

³ I suoi principali esponenti sono H. Maslow, C. Rogers, F. Pearls, R. May, G. Allport e G. Kelly. Vedi Zucconi A., Vaccari V., 1998.

⁴ È interessante a questo riguardo evidenziare le differenze tra l'esistenzialismo europeo e la sua versione statunitense: da una parte la dimensione tragica dell'esistenza, il significato della vita, i limiti, l'esperienza dell'angoscia e della

In quella che possiamo considerare la formulazione teorica più completa e articolata, opera di Carl Rogers, viene descritto lo sviluppo della personalità a partire dai primissimi momenti di vita, in cui l'**esperienza organismica** non subisce alcuna distorsione, in quanto l'organismo funziona come un tutto organizzato e la percezione delle proprie emozioni, bisogni e pensieri avviene interamente basata sulla esperienza più autentica. Con il tempo, dice Rogers, questa unità originaria si spezza, in forme e gradi più o meno disfunzionali, a causa della mancanza di benevola accettazione da parte delle figure adulte di riferimento di una parte dei suoi comportamenti e sentimenti. L'individuo si trova così a "scegliere" tra la propria esperienza organismica e l'accettazione e l'amore degli adulti significativi (*in primis* la madre e il padre). Data la condizione di dipendenza fisica e psicologica del bambino piccolo, questa scelta è obbligata e così il bambino rinuncia alla propria percezione in funzione dell'accettazione e dell'integrità del Sé (di fronte ad esempio al genitore che lo accusa di essere cattivo perché fa preoccupare la mamma, potrebbe "dirsi": "Non è vero che ho voglia di esplorare il mondo e di mettere alla prova le mie capacità e la mia autonomia, preferisco stare sempre qui al sicuro vicino alla mamma, il mondo è pericoloso"). Tutte le manifestazioni psicopatologiche possono essere in qualche modo ricondotte a questa discrepanza tra l'esperienza e la sua rappresentazione cosciente.

Sebbene Rogers dichiarò apertamente di affidare ai suoi successori lo sviluppo di modalità di lavoro che coinvolgano attivamente il corpo, è chiarissima ed esplicita nel suo modello la **visione olistica della realtà** e quindi il ruolo determinante che giocano nell'esperienza personale le percezioni a livello dell'organismo, nonché il modo di essere in una relazione di aiuto "da persona a persona" che coinvolge la globalità di sé e dell'altro.

Il paradigma bio-psico-sociale e la promozione della salute

Per comprendere il posto che possiamo attribuire oggi in psicoterapia al corpo, è importante a mio avviso considerare all'interno di quale **rivoluzione epistemologica** si colloca la nascita e lo sviluppo della psicologia umanistica, così come l'evoluzione delle scuole preesistenti.

Accanto ai riferimenti filosofici sopra menzionati vanno infatti considerati i legami con le **nuove concezioni della realtà** che derivarono dalle ricerche e dalle teorie nell'ambito delle scienze naturalistiche (a cui peraltro Rogers fa continui riferimenti nei suoi scritti), prima tra tutte quelle della fisica quantistica. La rivoluzione paradigmatica da essa operata può così essere sintetizzata: "fino ad ora abbiamo pensato di trovarci in un mondo fatto di "cose", di entità distinte le une dalle altre in modo chiaro, e abbiamo pensato che oggetto della nostra conoscenza potessero e dovessero di conseguenza essere i singoli oggetti, le leggi che ne governano il funzionamento e le reciproche relazioni. L'evoluzione degli strumenti che abbiamo elaborato a questo scopo ci mette però di fronte a una realtà sconcertante: a livello subatomico le leggi della fisica classica non valgono più e non possiamo più definire con certezza nemmeno la localizzazione della materia. Quello che invece diventa determinante è la conoscenza delle interrelazioni tra gli elementi che compongono un "sistema", in quanto qualsiasi modificazione in uno di essi determina un cambiamento nell'intero sistema. Questo significa che per comprendere fenomeni complessi dobbiamo centrare la nostra attenzione non tanto sui singoli fattori che lo costituiscono ma sulle relazioni reciproche tra ognuno di essi, compreso l'osservatore stesso del fenomeno".

Questo ultimo elemento, divenuto chiaro in particolare nel tentativo di definire la natura ondulatoria o corpuscolare della luce (la quale si presenta in una forma oppure nell'altra a seconda di come viene osservata), riveste evidentemente un'importanza determinante in ogni ambito di conoscenza e quindi per la risposta non solo alla domanda "quale visione della natura umana?", ma anche a quella "come si verifica il cambiamento in un essere umano?". Infatti, la visione del cambiamento come "provocato" da un intervento esterno di un soggetto agente su un oggetto, caratteristica del paradigma meccanicistico e riduzionistico, non è più sostenibile all'interno di un **paradigma sistemico**

(o olistico o bio-psico-sociale), in cui non solo tutti i differenti livelli in cui può essere considerata la persona (biologico, psicologico, sociale e spirituale, oppure ancora: viscerale, muscolare e cognitivo) sono interconnessi tra loro e per l'appunto il cambiamento in ognuno di essi determina un cambiamento anche negli altri, ma anche le altre persone (altri sistemi) che influenzano questo cambiamento ne sono al tempo stesso parte.

Vediamo una concreta applicazione di questo paradigma nelle concezioni di salute e malattia che si stanno affermando negli ultimi decenni: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (carta di Ottawa, 1986) ad esempio definisce la salute non come l'assenza e il contrario della malattia, ma come un completo stato di benessere fisico, psicologico e sociale.

La sociologia sanitaria sottolinea l'importanza di considerare le singole patologie all'interno di una visione complessa che comprenda sia la salute che la malattia come modalità con cui la persona nella sua globalità ricerca le modalità migliori di esistenza in relazione con se stesso, gli altri e l'ambiente circostante⁵.

Una conferma dell'importanza di abbracciare una tale visione ci deriva anche dalle statistiche, sempre in ambito medico, che indicano come attuali principali cause di mortalità malattie di tipo degenerativo, e non più virale come in passato, e quindi principalmente legate agli stili di vita.

Vorrei anche aggiungere che abbiamo oggi a disposizione una grande quantità di dati provenienti dalle ricerche psico-neuro-fisiologiche e dalle esperienze cliniche che ci permettono di allargare in modo significativo i nostri orizzonti rispetto alle reciproche influenze tra soma, psiche e ambiente: gli studi delle interazioni precoci madre-bambino con sofisticate tecniche di ripresa video, ad esempio, hanno portato l'attenzione sulle complesse dinamiche relazionali regolate da "micro pratiche corporee" (vedi ad es. Beebe e Lackman); la psico-neuro-endocrino-immunologia porta la sua attenzione sul ruolo che la vita emozionale può rivestire nelle malattie organiche (Ader, R.; Biondi, M.; Pancheri, P.); la scoperta dei neuroni specchio ha offerto la conoscenza delle basi fisiologiche dell'empatia (Rizzolati G., Sinigaglia C.); le ricerche sui meccanismi psico-fisiologici e corporei implicati nei traumi e disturbi post traumatici da stress offrono ulteriori chiavi di lettura per comprendere la complessità dell'interazione tra il livello sociale e relazionale, quello psicologico, quello organico e fisiologico (Van der Kolk B., Ogden P., Levine P., Stupiggia M.).⁶

Grande attenzione meriterebbero anche le indagini sugli stati modificati di coscienza (Lapassade G.), sugli effetti della meditazione sull'organismo (Carosella, A. Bottaccioli, F.), sul valore della spiritualità nella vita delle persone, così come le contaminazioni sempre più frequenti che si stanno verificando in ogni parte del mondo tra sistemi di cura "moderni" e "tradizionali" (questi ultimi spesso portatori di una visione meno parcellizzata e più globale dell'essere umano) (vedi Coppo P., Beneduce R., Nathan T.).

Un altro principio fondamentale che la psicologia umanistica (e in particolare Carl Rogers) deriva dalla biologia è la concezione della materia vivente non come inerte, ma in continua trasformazione. La centralità del concetto di motivazione e del comportamento come diretto a uno scopo derivano da questa visione, la quale postula che il movimento di trasformazione proprio di ogni sistema vivente possieda una propria direzionalità. Si parla in questo senso di un processo teleologico, cioè diretto verso uno scopo determinato, e asintotico, cioè privo di un punto di arrivo definitivo, rivolto verso la realizzazione più piena possibile delle proprie potenzialità ("**tendenza attualizzante**", secondo Rogers).

La direzione del cambiamento è al tempo stesso caratteristica della specie a cui l'organismo appartiene (ad esempio gli esseri umani) e individuale, e non è deterministica (nel senso di essere predefinita a priori e una volta per sempre) ma dipende piuttosto sia dalle condizioni ambientali (più o meno favorevoli allo sviluppo) e, nel caso degli esseri umani, dall'autodeterminazione del singolo. Così, ad esempio, una ghianda contiene in sé tutte le potenzialità per diventare una rigogliosa quer-

⁵ Vedi Ingrosso M., 1987.

⁶ Si veda anche l'interessante articolo di Tonello G., 2008, in particolare il paragrafo "Un modello clinico per l'intervento terapeutico: la relazione intersoggettiva".

cia (e non una sequoia o un ciliegio), che si potranno realizzare solamente in presenza delle adeguate condizioni ambientali (luce, nutrimento e spazio sufficienti).

Anche un essere umano contiene in sé le potenzialità per diventare al meglio se stesso, che si estrinsecheranno nella misura in cui l'ambiente fisico e psicologico sarà facilitante perché questo si realizzi.

Questa prospettiva porta con sé importanti conseguenze nel campo delle **relazioni di aiuto** (relazioni finalizzate a promuovere un cambiamento costruttivo in un'altra persona, o in un gruppo), che vengono a configurarsi non più come processi unidirezionali finalizzati a "provocare un cambiamento" nell'altra persona, ma, potremmo dire, come la (co)creazione di un contesto relazionale che faciliti il dispiegarsi di un cambiamento funzionale.

Snygg e Combs già nel 1959⁷ avevano mostrato i limiti di un approccio psicoterapeutico che non fosse fenomenico, nel senso di porre al centro dell'attenzione il modo in cui la persona attribuisce significato alle proprie percezioni.

Negli stessi anni, anche P. Lecky sviluppa un'analisi critica sia del comportamentismo sia della psicoanalisi, affermando che all'origine dell'azione umana non si trovano né gli stimoli né il conflitto. Infatti, la vita stessa si identifica con l'azione e le reazioni sono soltanto modificazioni di un comportamento già attivo di per sé. Inoltre, la vita si identifica con l'azione unificata, l'organismo tende cioè a dare una sola risposta tra le molte possibili agli stimoli, in modo da mantenere unità e coerenza interna.

All'interno di questa cornice, il ruolo del terapeuta (o "facilitatore") si trasforma da colui che elimina le cause della patologia, che svela al paziente i suoi conflitti inconsci, che trasforma il suo modo di essere disfunzionale in un altro funzionale (inducendo in questo modo il paziente a delegare il potere del cambiamento all'*esperto*), a colui che favorisce un processo di trasformazione incentrato sul contemporaneo sviluppo di capacità di autoregolazione e di capacità di regolare le relazioni interpersonali, che promuove il cambiamento del cliente verso una sempre maggiore autorealizzazione, verso il dispiegarsi della sua tendenza attualizzante (e quindi della sua autonomia e del suo *potere personale*) in quanto organismo globale.

La psicoterapia stessa è un processo che si dispiega in un campo relazionale all'interno del quale sono coinvolti terapeuta e paziente/cliente, ciascuno nella propria globalità organismica e nei propri meccanismi di autoregolazione e ciascuno coinvolto negli effetti che l'altro provoca su di sé.

Il corpo, la psicoterapia e la Terapia Centrata sul Cliente

Torniamo ora alla nostra domanda iniziale: quale posto riservare al corpo nel processo psicoterapeutico?

Sin dalle prime fasi della psicoterapia moderna si è sviluppata una corrente che ha portato la propria attenzione al corpo e ai suoi legami con la psiche.

In realtà, come sottolinea G. Downing⁸, la stessa psicoanalisi iniziò con l'utilizzo congiunto di corpo e parola: quando Freud abbandonò l'ipnosi per introdurre la tecnica delle libere associazioni, infatti, era ancora solito utilizzare abitualmente il massaggio, come molti suoi colleghi dell'epoca e come invece avrebbe in seguito cessato di fare.

Nella sua interessante rassegna sulle origini della psicoterapia corporea, Downing ci ricorda come il primo psicoterapeuta a utilizzare in modo sistematico il lavoro corporeo fu G. Groddeck, il quale pose inizialmente il massaggio al centro del suo lavoro medico di cura di pazienti che, per la maggior parte, oggi chiameremmo psicosomatici, e solo successivamente si avvicinò alla psicoanalisi. Già nel 1913 Groddeck aveva sostenuto il concetto di "unità mente-corpo" e successivamente elaborò quello di difesa corporea, individuandone tre tipi: la controattivazione, la contrattura muscolare cronica e l'affievolirsi della respirazione. Altrettanto originale e innovativa fu la sua elaborazione del rapporto tra difese corporee e sintomi psicosomatici.

⁷ Vedi Vaccari V., Zucconi A., in Cionini L., 1998

⁸ Downing G., 1995

Il lavoro di Groddeck era certamente conosciuto nell'ambito psicoanalitico dell'epoca, come testimoniano le visite a lui fatte da Ferenczi, Karen Horney e Frieda Fromm-Reichmann e da quanto lo stesso Freud gli scrisse nel 1921: "Se avessi quindici anni di meno nessuno al mondo mi potrebbe impedire di starle addosso per qualche settimana a osservare le tecniche che lei pratica" (Groddeck, 1977, pag.60).

Wilhelm Reich iniziò a lavorare con il corpo qualche anno più tardi, tra il 1932 e il 1935, ed ebbe senza dubbio il grande merito di essere il primo a elaborare un ampio repertorio di tecniche corporee, a tramandarle ad altri e a definirne il ruolo nella terapia.

Le origini del lavoro di Reich affondano senza dubbio nella psicoanalisi, mentre le influenze da cui scaturì il suo interesse per il corpo possono essere rintracciato da una parte nel pionieristico lavoro di Paul Schilder (autore nel 1923 del testo *Immagine di sé e schema corporeo*), dall'altra nel rapporto con Ferenczi e infine, suggerisce sempre Downing, nel suo contatto con il lavoro di Rudolf Laban, un ex ballerino che aveva ideato un metodo di lavoro finalizzato alla scoperta e alla liberazione del "movimento naturale" e che apparteneva a quello che Downing definisce un "movimento di consapevolezza corporea", sviluppatosi in Germania nel periodo tra le due guerre mondiali.

Mi sembra qui interessante evidenziare, piuttosto che gli evidenti meriti e la straordinaria eredità tramandata da Reich dal punto di vista teorico, clinico e sociale, alcune tra le critiche che Downing rivolge al suo modello e in particolare il fatto di essere "meccanico" e "riduttivo"⁹.

Com'è noto, il più autorevole seguace di Reich fu Alexander Lowen, il quale, insoddisfatto dalla metodologia del maestro, vi apportò alcuni importanti cambiamenti, sviluppando la terapia bioenergetica¹⁰. In particolare, Lowen ha sviluppato e ampliato alcuni aspetti del modello teorico reichiano e ha integrato e arricchito il repertorio di tecniche di intervento corporeo, apportando alcuni importanti cambiamenti rispetto al lavoro di Reich, tra cui la valorizzazione della posizione eretta e del "radicamento" a terra (il *grounding*).

A partire da questi primi lavori, le varie scuole di psicoterapia corporea si sono differenziate in base alla diversa enfasi posta su differenti aspetti, tra cui ad esempio la conoscenza della struttura corporea o dei meccanismi neurofisiologici alla base della vita psichica e del comportamento, sul ruolo del corpo nelle relazioni interpersonali nel corso dello sviluppo o ancora in base all'attenzione posta nella metodologia di intervento allo smantellamento delle difese, alla comprensione e alla risonanza empatica corporea, alle tecniche attive che coinvolgono il corpo in una sorta di drammatizzazione delle emozioni e della narrazione.

Piuttosto che tentare un approfondimento di queste differenziazioni, in questa sede vorrei provare a ricondurre l'interrogativo sul ruolo del corpo in psicoterapia alla riflessione di carattere epistemologico più sopra enunciata.

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 nel paradigma 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 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).

⁹ "È paradossale che Reich abbia inveito spesso contro il "meccanicismo" in quanto frutto di una *Weltanschauung* (ideologia, diremmo oggi) e che poi abbia fatto dietrofront e abbia fabbricato quella che si può considerare una delle teorie più meccanicistiche di tutta la psicoterapia", Downing, 1995, pag. 353.

¹⁰ "La bioenergetica è una tecnica terapeutica che si propone di aiutare l'individuo a tornare ad essere con il proprio corpo e a goderne con quanta più pienezza possibile. Questo risalto dato al corpo comprende la sessualità, che ne è una delle funzioni fondamentali. Ma comprende anche funzioni ancor più basilari come quelle di respirare, muoversi, sentire ed esprimere se stessi." Lowen A., 1975, pag. 35.

In quanto ospite me ne interesso come sostanzialmente un estraneo, uno straniero del quale tradurre il linguaggio oscuro e incomprensibile. Oppure, in quanto ospite gradito, mi rivolgo *a 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)? E poi: chi è questo “io” che ha un corpo? Il corpo di chi? Io *sono* un corpo, tanto quanto sono le mie emozioni, sono la mia storia, i miei pensieri, tanto quanto sono *parte di* (di gruppi, della società, dell’universo).

Una tale ospitalità concessa al corpo non ricorda in fondo la visione cartesiana, più sopra accennata, di una psiche (anima) separata dal corpo, sebbene a questo connessa?

Si pone allora a mio avviso la questione di come accogliere nella pratica concreta del lavoro terapeutico questo **sogetto complesso**, che risponda più al concetto di *Leib* (“corpo vivente”) che di *Korper* (corpo fisico inanimato), seguendo la distinzione di Husserl.

Per fare degli esempi: posso “leggere” il corpo, la sua struttura, e riportare tale lettura all’interno di uno schema predefinito di “tipi” e di caratteri, per meglio comprendere il modo di essere e di funzionare della persona che ho di fronte. Posso anche leggere nei disturbi organici del corpo i simboli di conflitti emozionali inaffrontabili. Oppure, ancora, posso cogliere sia nella struttura che nel funzionamento organico i tratti distintivi della storia personale e familiare della persona e dei suoi traumi, il suo ruolo all’interno della famiglia, i suoi conflitti con se stesso e con le persone significative della sua vita. Posso poi “far fare delle cose al corpo”, basandomi sulla consapevolezza sistemica che il cambiamento a un livello (il comportamento) porterà cambiamenti anche negli altri (emozioni, pensieri, coscienza di sé). Questo tipo di lavoro può avere diversi scopi, può ad esempio essere maggiormente finalizzato all’abbattimento delle difese, all’espressione catartica delle emozioni, all’ampliamento della “finestre di tolleranza”, oppure ancora all’attivazione di risorse energetiche ed espressive inattive, o al ripristino di un maggior equilibrio fisiologico tra le fasi di attivazione e rilassamento. D’altra parte, potrei anche “vedere” il corpo, pur restando su un piano di interazione esclusivamente verbale.

La mia opinione è che questi interventi e tutti gli altri possibili acquistano 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 di quale sia il suo **atteggiamento relazionale complessivo**: quello che, anche nella mia esperienza, risulta decisivo è infatti, al di là delle tecniche e delle specifiche metodologie, **esserci come persona globale** in relazione con un’altra persona globale.

Come precedentemente esposto, l’intera opera di Carl Rogers esprime 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). All’interno di questa visione risulta a mio avviso evidente una concezione della psicoterapia e delle relazioni d’aiuto che prenda in considerazione il/la cliente nella sua globalità.

Mi sembra anche che nell’evoluzione del pensiero di Rogers sempre più marcati ed espliciti siano diventati i riferimenti a una visione che non sia limitata all’essere umano, ma a ogni forma di vita organica e all’universo intero, esplicitando in modo sempre più marcato i riferimenti e le citazioni tratte sia dalle ricerche nel campo della biologia, della chimica e della fisica, sia dalla dimensione della spiritualità e della trascendenza.

Credo anche che non si farebbe onore alla grandezza di Rogers se non si facesse il tentativo di seguire il suo straordinario esempio di uomo di scienza, costantemente impegnato nella ricerca e nello studio. L’evoluzione delle ricerche e dell’esperienza clinica ci offrono oggi elementi di comprensione delle interconnessioni tra corpo, mente, emozioni e relazioni che chiedono di essere tenute in considerazione da chi si riconosce in un paradigma olistico. Esse non sembrano peraltro in alcun modo disconfermare le premesse fondanti del modello espresso dall’Approccio Centrato sulla Persona (ACP), ma piuttosto confermarle e offrire forse l’opportunità di approfondirle.

Come sanno molto bene tutti coloro che sono stati formati nella Terapia Centrata sul Cliente¹¹ e nell'ACP, il modello di facilitazione del cambiamento e quindi la concezione della relazione terapeutica ideata da Carl Rogers si basa sull'enunciazione di alcune condizioni, ipotizzate "necessarie e sufficienti" alla promozione di un cambiamento costruttivo della personalità.

Per quanto riguarda le condizioni relative alla persona del facilitatore, occorre sottolineare che esse vanno intese come "**un modo di essere**" e non riduttivamente come tecniche, e vanno considerate nella prospettiva olistica che fa da cornice all'intero impianto teorico e metodologico. In particolare, mi sembra importante tenere ben presente in questo senso il concetto di **esperienza organismica**, così centrale in questo approccio, e l'idea della psicoterapia come un processo che favorisce una progressiva acquisizione di fiducia nel proprio organismo e un modo di essere e di funzionare basato sull'esperienza che da esso deriva¹².

Occorre anche sottolineare che queste condizioni non si riferiscono esclusivamente al modello terapeutico da lui ideato, come tutte le principali ricerche sui cosiddetti fattori comuni di efficacia della psicoterapia hanno mostrato¹³, (né esclusivamente a quella specifica forma di interazione umana denominata psicoterapia) e che quindi il loro rispetto non preclude a priori in alcun modo l'adozione di specifiche tecniche terapeutiche, comprese quelle corporee.

La prima di queste condizioni è che la persona che offre aiuto sia in contatto con i propri sentimenti ed emozioni in modo autentico, non censurato né distorto, e che si relazioni con l'altro sulla base di tale consapevolezza, senza fingere né mascherarsi. Rogers definisce questa qualità **congruenza** e la indica come la basilare che un facilitatore deve possedere per essere efficace: solamente se l'altro percepisce in me una persona "vera", sarà possibile instaurare una relazione che gli permetta di crescere.

La congruenza ha quindi a che fare sia con l'autoconsapevolezza che con l'autenticità e si riferisce prima di tutto ai processi in corso nell'organismo. La qual cosa non corrisponde né alla rappresentazione chiara e cosciente di essi, né alla manifestazione diretta ed esplicita di tutti i propri sentimenti ed emozioni. Si intende piuttosto l'assenza di barriere che impediscano la percezione di ciò che è organicamente dato, alla quale segue un modo di interagire con gli altri che è diretta espressione del modo di pensare e di sentire.

La seconda condizione è l'**empatia**, che Rogers definisce come la "capacità di immergersi nel mondo soggettivo altrui e di partecipare alla sua esperienza nella misura in cui la comunicazione lo permette" (1965, trad. it. pag. 92). In un altro passaggio chiarisce: "Sentire il mondo più intimo dei valori personali del cliente come se fosse proprio, senza però mai perdere la qualità del *come se*, è empatia (...) questa è la condizione che ritengo essenziale per instaurare un rapporto produttivo" (1970, trad. it. pag. 57).

La comprensione e la sintonizzazione empatica presuppone un modo di stare in relazione che metta profondamente in contatto i partecipanti all'interazione. Non può certo essere un esercizio puramente intellettuale, ma coinvolge la persona del terapeuta profondamente, a livello cognitivo, certo, ma anche o soprattutto in una sorta di vibrazione emozionale che gli fa percepire dentro di sé i vissuti del cliente in modo anche più chiaro di quanto egli stesso li percepisca. Non riesco in alcun modo a intendere questo modo di essere in relazione se non in forma globale: l'empatia è sempre anche corporea.

La terza condizione viene definita da Rogers **accettazione** (o "considerazione") **positiva incondizionata** e si riferisce a un atteggiamento del facilitatore nei confronti del cliente, al suo modo di accoglierlo, valorizzarlo, credere nelle sue potenzialità, senza spingere, in modo esplicito o implicito,

¹¹ Rogers introdusse il termine "cliente", ancora oggi utilizzato nell'*Approccio Centrato sulla Persona*, per distinguerlo da "paziente", considerato troppo legato al modo tradizionale di intendere i rapporti tipico della medicina. Nella sua visione delle relazioni, questo termine voleva restituire alla persona il diritto di auto-determinarsi e la volontà del terapeuta, o facilitatore, di rapportarsi con lui *da persona a persona*.

¹² "[...] il funzionamento dell'individuo psicologicamente maturo è simile per molti versi a quello del bambino, ad eccezione del fatto che il processo dell'esperienza ha più campo d'azione e una portata maggiore, e l'individuo maturo, come il bambino, ha fiducia e usa la saggezza del suo organismo con la differenza che lo fa in modo consapevole" Rogers C., *On personal power*.

¹³ Vedi Smith M.L., Glass G.I. e Miller V.T., 1980.

per un cambiamento in una determinata direzione. Questo atteggiamento è anche chiamato di “cura” o di “calore non possessivo”¹⁴.

Rogers (1970, trad. it. pag. 83), esprime come segue l'importanza che egli attribuisce a questo aspetto della relazione di aiuto: “Un ulteriore problema è questo: posso accettare, dell'altra persona, ogni aspetto che egli mi presenta? Posso accettarlo così com'è? O lo accetto solo sotto condizione, approvando alcuni aspetti dei suoi sentimenti e disapprovando tacitamente o apertamente gli altri aspetti? Secondo la mia esperienza, se il mio atteggiamento è condizionato l'altro non cambia, né cresce, almeno in quegli aspetti che non riesco ad accettare completamente”.

La crescita e il cambiamento divengono possibili nella misura in cui siamo capaci di accettare noi stessi come siamo.

Perché una relazione d'aiuto sia realmente efficace, non è però sufficiente che le sopradescritte condizioni siano sperimentate dal facilitatore, bisogna infatti che esse vengano anche percepite, almeno in minima parte, dal cliente (sesta, ed ultima delle condizioni postulate da Rogers). Altrettanto fondamentale diventa quindi la capacità di comunicare in modo efficace il proprio tentativo di porci dal suo punto di vista, di contattare i sentimenti e le emozioni che sta esprimendo a partire da ciò che significano per lui, dal posto specifico che hanno in quel momento nella sua vita. Questa comunicazione passa spesso in modo essenziale attraverso le parole, ma è anche veicolata in modo significativo dalla qualità globale della propria presenza e quindi dal modo di rispondere alle comunicazioni, verbali e corporee, del cliente.

Temporanee conclusioni

In questo scritto ho cercato di affrontare il tema del corpo in psicoterapia dal punto di vista della cornice epistemologica e paradigmatica all'interno della quale si colloca il proprio essere terapeuta e fare terapia. In particolare, ho cercato di sottolineare come l'aspetto fondamentale risieda a mio avviso nella capacità di abbracciare realmente un paradigma olistico e sistemico, a prescindere dalla specifica metodologia e dalle tecniche adottate, e quindi di essere una persona globale (con i propri valori, credenze, pensieri, emozioni e corpo) in relazione con un'altra persona globale. Per questo motivo credo che l'ACP rappresenti una straordinaria risorsa a partire dalla quale poter valutare in che modo tenere in considerazione la dimensione corporea in psicoterapia.

Non si tratta quindi in questo senso di sottolineare le specificità tecniche e metodologiche di un approccio rispetto ad altri e all'interno di queste differenze la dimensione verbale o corporea degli interventi, quanto piuttosto di valorizzare lo sforzo che molti approcci terapeutici mostrano di fare: prendere in considerazione la persona, sia del terapeuta sia del paziente/cliente, nella sua globalità, oltre che valorizzare il modo in cui il paziente/cliente costruisce la propria esperienza e quindi abbassare il grado della propria “direttività”.

Non si tratta però naturalmente nemmeno di ignorare o annullare le differenze metodologiche, in particolare rispetto all'utilizzo o meno di tecniche che coinvolgano direttamente il corpo.

Credo allora che la domanda relativa a quale ruolo assegnare al corpo in psicoterapia possa diventare una domanda fondamentale, e non solo per la psicoterapia, nella misura in cui la utilizziamo come punto di partenza per chiederci come ricollocare noi stessi nei nostri corpi e abitarli e per *diventare* il nostro corpo, la sua coscienza, la sua intelligenza e conoscenza.

¹⁴ “E' l'opposto dell'atteggiamento di valutazione selettiva: <in questo sei cattivo, in quello sei buono>. Implica l'accettazione di tutti i sentimenti espressi dal cliente: tanto quelli negativi, <cattivi>, pieni di paura e di dolore, difensivi e anormali, quanto quelli <buoni>, positivi, maturi, fiduciosi, sociali; implica l'accettazione non solo degli aspetti coerenti della personalità del cliente, ma anche dei suoi aspetti incoerenti. Significa che ci si interessa del cliente, ma non in modo possessivo o comunque tale da soddisfare solamente i bisogni del terapeuta; significa che ci si interessa del cliente come di una persona distinta che ha sentimenti ed esperienze personali” (1970, pag. 56).

Come ho accennato all'inizio, queste riflessioni hanno rappresentato per me un'occasione di sintesi del mio percorso di studio, di formazione e di esperienza clinica e in questo senso mi considero ragionevolmente soddisfatto. Mi auguro possano anche rappresentare un contributo di stimolo per altri.

Indicazioni bibliografiche

- * Ader, R., Psychoneuroimmunology, IV edizione, vol. 1 e 2, Academic Press, Amsterdam, 2007
- * Amadei G., Come si ammala la mente, il Mulino, 2005
- * Beneduce, Linguaggi, saperi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali, l'Harmattan, 1997
- * Beebe B, Lackman F., Infant reserch e trattamento degli adulti, 2002, trad. it. Cortina, 2003
- * Biondi, M., Mente, cervello e sistema immunitario, McGraw-Hill, 1997
- * Boadella D., Liss J., La psicoterapia del corpo, Astrolabio, 1986
- * Capra F., Il punto di svolta, 1982, trad. it. Feltrinelli VIII ed. 2003
- * Carosella, A., Bottaccioli, F., Meditazione, psiche e cervello, Tecniche Nuove, 2003
- * Coppo P., Tra psiche e culture, Boringhieri, 2003
- * Cionini L., Psicoterapie, Carocci, 1998
- * Downing G., Il corpo e la parola, 1995, trad. it. Astrolabio, 1995
- * Galimberti U., Psichiatria e fenomenologia, Feltrinelli, 1979
- * Dizionario di psicologia, UTET, 1992
- * Galli P.F., Tecnica e teoria della tecnica in psicoanalisi tra arcaico e postmoderno, *Psicoterapia e scienze e umane*, n.2, 2006, pagg.153-164
- * Groddeck G., La natura guarisce, il medico cura, 1913, trad. it. Celuc libri, 1982
- * The meaning of illness: selected psychonalitic writings, Hogart Press, 1977
- * Ingrosso M., Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute, Angeli, 1987
- * Laban R., L'arte del movimento, 1950, trad. it. Coop. Ephemeria Ed., 1999
- * Lapassade G., Stati modificati e transe, Sensibili alle foglie, 1996
- * Levine P., Traumi e shock emotivi, trad. it. Macroedizioni, 1997
- * Liss J., Stupiggia M., La terapia biosistemica, Angeli, 1994

- * Lowen A., Bioenergetica, 1975, trad. it. Feltrinelli, 1983
- * Marchino L, Mizrahi M., Il corpo non mente, Frassinelli, 2004
- * Maslow H., Verso una psicologia dell'essere, 1962, trad. it. Astrolabio, 1971
- * Moselli P.(a cura di), Il guaritore ferito, Angeli, 2008
- * Nathan T., La follia degli altri, 1989, trad. it. Ponte alle grazie, 1990
- * Pancheri, P., Stress, emozioni e malattie, Mondadori, Milano 1993
- * Petrini P., Zucconi A. (a cura di), La relazione che cura, Alpes, 2008
- * Reich W., Analisi del carattere, III ed. 1949, trad. it. SugarCo, 1973
- * La rivoluzione sessuale, 1945, trad. it. XVI ed. Feltrinelli, 1987
- * Rispoli L., Andriello B., Psicoterapia corporea e analisi del carattere, Boringhieri, 1988
- *Rizzolati G., Sinigaglia C., So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio, Cortina, 2006
- * Rogers C., La terapia-centrata-sul-cliente, Martinelli, 1970
- * Terapia centrata sul cliente, 1951, trad. it. La Nuova Italia, 1997
- * Un modo di essere, 1980, trad. it. Martinelli, 1983
- * Psicoterapia e relazioni umane, 1965-66, trad. it. Boringhieri, 1970
- * Schinaia C., Tra continuità e discontinuità. Intrecci del moderno e postmoderno in psicoanalisi, *Psicoterapia e scienze e umane*, n.2, 2006, pagg. 165-180
- * Smith, M.L., Glass, G.V, Miller, T.I., The benefits of psychotherapy, Johns Hopkins University Press, 1980
- * Stupiggia M., Il corpo violato, La Meridiana, 2007
- * Tonello G., Paradigmi per l'analisi bioenergetica all'alba del XXI secolo, in *Grounding*, n.1, 2008, pagg.43-73
- * Van der Kolk B.A., Mcfarlane A.C., Weisaeth L., Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo, sulla società delle esperienze intollerabili, 2004, trad. it., Magi, 2004
- * Yalom I., Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo, IV ed. 1995, trad. it. Boringhieri, 1997
- * Zucconi A., Howell P., La promozione della salute, La Meridiana, 2003
- *Zucconi A., Vaccari V., La terapia centrata sul cliente di Carl Rogers, in Cionini L., 1998