

LBRIS

We know

books

Arielle Schwartz

Barb Maiburger

TERAPIA EMDR ȘI PSIHOLOGIA SOMATICĂ

*Rolul esențial al intervențiilor orientate spre corp
în lucrul terapeutic cu trauma*

Traducere din limba engleză:
OANA-MARINA BADEA

CUVÂNT-ÎNAINTE DE ROBIN SHAPIRO

EDITURA  HERALD
București

CUPRINS

CUVÂNT-ÎNAINTE	13
MULȚUMIRI	17
PREFAȚĂ	21
Importanța conectării cu trupul în timpul tratării traumei	21
Influențe trecute și actuale	23
La ce să vă așteptați de la această carte	25
O remarcă privind exemplele de cazuri	26
LISTA INTERVENȚIILOR	27

TERAPIA EMDR ȘI PSIHOLOGIA SOMATICĂ

PARTEA ÎNTÂI CONCEPTE FUNDAMENTALE

01. CORPORALIZAREA ÎN TRATAMENTUL TRAUMEI	33
Terapia EMDR	34
Psihologia somatică	39
02. ȘTIINȚA CORPORALIZĂRII	47
Corporalizarea și conștientizarea corporalizată	47
Corporalizarea în relații	50
Corporalizarea în psihoterapie	51
Inteligența somatică	53
Neurobiologia stresului și a traumei	54

Neurobiologia atașamentului	63
Corporalizarea și neurobiologia interpersonală	66
Impactul traumei asupra sănătății	70
Neurobiologia memoriei și a disocierii	74
Rețelele neuronale și tratamentul traumei	79
Concluzie	86
03. CELE ȘAPTE PRINCIPII ALE TERAPIEI EMDR ȘI PSIHOLOGIEI SOMATICE PENTRU TRATAREA TRAUMEI	87
Principiul 1: Este un demers în etape	87
Principiul 2: Se bazează pe mindfulness	88
Principiul 3: Este noninterpretativă	89
Principiul 4: Este experiențială	90
Principiul 5: Este relațională	93
Principiul 6: Se concentrează pe reglare	95
Principiul 7: Este inspirată de reziliență	98
Concluzie	99

PARTEA A DOUA INTERVENȚIILE

04. INTERVENȚII PENTRU CREȘTEREA CORPORALIZĂRII ÎN TRATAMENTUL TRAUMEI	103
Vocabularul somatic	105
Aptitudinile de observație ale terapeutului	108
Creșterea conștientizării corporale	114
Intervenția 1: Creșterea conștientizării corpului	115
Conștientizarea proximității	118
Intervenția 2: Conștientizarea proximității	119
Conținerea suferinței somatice	120
Intervenția 3: Conținerea suferinței somatice	122
Ancorarea	123
Intervenția 4: Trusa de unelte senzoriale	124
Intervenția 5: Conștientizarea senzorială	127
Intervenția 6: Ancorarea în picioare și tălpi	127

<i>Intervenția 7: Ancorarea în gravitație</i>	128
Conștientizarea respirației	130
<i>Intervenția 8: Respirația de calmare</i>	131
<i>Intervenția 9: Respirația de energizare</i>	132
Limitele și corpul	133
<i>Intervenția 10: Conștientizarea limitelor cu ajutorul sforii</i>	138
<i>Intervenția 11: Filmul mental pentru conștientizarea limitelor</i>	141
Construirea toleranței afective și senzoriale	143
<i>Intervenția 12: Toleranța la afect și senzație</i>	145
Oscilarea între starea de suferință și cea de resursă	147
<i>Intervenția 13: IDR de oscilare între starea de suferință și cea de resursă</i>	148
Conștientizarea posturii	151
<i>Intervenția 14: Conștientizarea posturii</i>	152
Întrebări legate de senzații pentru dezvoltarea țintelor	153
Cartografierea corpului	154
<i>Intervenția 15: Cartografierea corpului</i>	155
Spune o poveste fără cuvinte	157
<i>Intervenția 16: Spune o poveste fără cuvinte</i>	158
Reacția habituală la stres	160
<i>Intervenția 17: Reacția habituală la stres</i>	161
Dezvoltarea țintei dintr-o senzație corporală	162
Secvențierea și remodelarea somatică în timpul desensibilizării	166
<i>Intervenția 18: Secvențierea și remodelarea somatică în timpul desensibilizării</i>	169
Îmbinări somatice pentru procesarea blocată	170
<i>Intervenția 19: Îmbinări somatice pentru procesarea blocată</i>	172
Oscilarea între conștientizarea internă și cea externă	173
<i>Intervenția 20: Oscilarea între conștientizarea internă și cea externă</i>	174
Corporalizarea și integrarea	176

<i>Intervenția 21: Integrarea corporalizată în timpul instalării</i>	178
<i>Intervenția 22: Modelul corporalizat pentru viitor</i>	179
Concluzie	181
05. PTSD COMPLEXĂ ȘI TRAUMA DE ATAȘAMENT	182
Simptomele CPTSD și ale traumei de atașament	186
Intervenții pentru CPTSD și traumele de atașament	186
Aflarea istoricului pentru CPTSD și traumele de atașament	188
Gestionarea rușinii	196
<i>Intervenția 23: Armonizarea relațională pentru rușine</i>	197
Construirea siguranței în corp	199
<i>Intervenția 24: Construirea siguranței în corp</i>	200
Lucrul cu stările și părțile eului	204
Resursele relaționale	210
<i>Intervenția 25: Resursele relaționale</i>	212
Dezvoltarea unei echipe de aliați	217
<i>Intervenția 26: Găsirea resurselor pentru o parte a sinelui împreună cu o echipă de aliați</i>	220
Cognițiile negative fundamentale și identitatea	222
Dezvoltarea țintelor pentru CPTSD și traumele de atașament	224
Dezvoltarea țintei în cazul traumei de atașament transgeneraționale	229
Reglarea psihobiologică în timpul desensibilizării	232
<i>Intervenția 27: Îmbinări pentru reglarea psihobiologică</i>	236
Scenariu de remediere pentru CPTSD și trauma de atașament	238
<i>Intervenția 28: Îmbinare pentru remedierea atașamentului</i>	240
Desensibilizarea incompletă	242
<i>Intervenția 29: Locul sigur pentru o parte</i>	243
<i>Intervenția 30: Pepita de aur</i>	244

Instalarea unei convingeri pozitive pentru CPTSD și trauma de atașament	244
Intervenția 31: Maturizarea unei părți tinere în sinele adult	245
Integrarea și reevaluarea pentru CPTSD și trauma de atașament	246
Concluzie	247
06. DUREREA ȘI BOALA CRONICE	248
Înțelegerea durerii	251
Intervenții pentru durerea sau boala cronică	253
Aflarea istoricului de durere și boală cronică	255
Etapa de pregătire și dezvoltarea resurselor pentru durerea și boala cronică	258
Filme mentale pentru grija de sine	259
Intervenția 32: Filmul mental pentru grija de sine	260
Intervenția 33: Filmul mental pentru un somn odihnitor	261
Yoga în terapia EMDR	263
Intervenția 34: Poziția muntelui	269
Intervenția 35: Poziția pisicii și a vacii așezate	269
Intervenția 36: Poziția de echilibru	270
Intervenția 37: Poziția copilului	271
Compașiunea față de sine	272
Intervenția 38: Compașiunea față de sine	273
Recunoștința și sănătatea	275
Intervenția 39: Recunoștința	275
Concentrarea asupra durerii și ascultarea ei	277
Intervenția 40: Concentrarea asupra durerii	279
Etapa de evaluare și dezvoltarea țintelor pentru durerea și boala cronică	280
Cogniții negative legate de durerea și boala cronică	282
Câștiguri și pierderi secundare	284
Ordinea țintelor legate de durerea și boala cronică	288
Etapa de desensibilizare pentru durerea și boala cronică	295

<i>Intervenția 41: Oscilarea între senzațiile tulburătoare și cele pozitive sau neutre</i>	296
Explorați mișcarea conștientă	298
Lucrul cu părțile în durerea și boala cronice	300
Instalarea, integrarea și reevaluarea pentru durerea și boala cronice	300
<i>Intervenția 42: Acceptarea de sine</i>	302
Concluzie	303
07. UN CONTEXT CULTURAL	304
Competența culturală în psihoterapie	304
Cultura corporalizată	307
Comunicările nonverbale într-un context cultural	310
Cultura corporalizată în acțiune	313
Intervenții într-un context cultural	317
Aflarea istoricului într-un context cultural corporalizat	318
Pregătirea într-un context cultural corporalizat	322
<i>Intervenția 43: IDR de dobândire a puterii</i>	323
Crearea aliaților și susținătorilor culturali	323
<i>Intervenția 44: Aliați și susținători culturali</i>	324
Filmul mental pentru dobândirea puterii	326
<i>Intervenția 45: Filmul mental pentru dobândirea puterii</i>	326
Dezvoltarea țintelor într-un context cultural corporalizat	327
Cogniții negative într-un context cultural	329
O abordare narativă pentru găsirea resurselor și a țintelor	330
<i>Intervenția 46: O abordare narativă pentru găsirea resurselor și a țintelor</i>	335
Oscilarea puterii în timpul desensibilizării pentru procesarea blocată	336
<i>Intervenția 47: Oscilarea cu resursele de putere</i>	337
Instalarea, integrarea și reevaluarea într-un context cultural corporalizat	339
Concluzie	340

08. INSTRUMENTE PENTRU ÎNGRIJIREA

DE SINE A TERAPEUTULUI

341

Burnoutul continuu

342

Factori de risc pentru burnoutul continuu

344

Indicii și simptome ale burnoutului continuu

346

Întrebări privind stresul personal al terapeutului

348

Grija de sine a terapeutului

349

Îngrijirea de sine corporalizată înainte de ședință

355

Îngrijirea de sine corporalizată în timpul ședinței

358

Îngrijirea de sine corporalizată după ședință

361

Concluzie

368

REZUMATUL RESURSELOR

369

Liste

369

Instrumente de aflare a istoricului

369

Scenariu pentru dezvoltarea unei ținte

370

Tehnici de corporalizare pentru terapeuți

370

BIBLIOGRAFIE

371

INDEX

388

Trăim într-o cultură care ne-a învățat să ne inhibăm impulsurile naturale către mișcare ale corpului. Mulți dintre noi am învățat să stăm nemișcați ca să fim politicoși acasă sau ca să fim atenți la școală. Deși există unele beneficii ale reflecției atente și nemișcate, dacă rămâi imobil prea mult timp, se poate ajunge la ignorarea sau suprimarea semnalelor somatice, un proces care poate sta în calea tratării cu succes a traumei. Creșterea respectului față de psihologia somatică i-a ajutat pe terapeuți și pe clienți să înțeleagă impactul evenimentelor traumatice asupra corpului lor. Se spune că trupul „nu uită niciodată” (van der Kolk, 2015) și „poartă povara” (Scaer, 2014) traumei. Drept urmare, comunitatea terapeuților recunoaște din ce în ce mai mult că evenimentele stresante și traumatizante trebuie să fie procesate prin conștientizare corporală, mișcare și respirație (Fogel, 2009; Levine, 2010; Ogden¹ *et al.*, 2006). În psihoterapie, clienții rămân adesea deconectați de corp, cu excepția cazului în care terapeutul are pregătirea și aptitudinile necesare pentru a integra în tratament conștientizarea corporalizată și mișcarea.

Atunci când trupul este lăsat în afara ecuației terapeutice, efectele biologice ale traumei pot persista și împiedica rezultatele favorabile ale tratamentului. Senzațiile somatice oferă un feedback neprețuit cu privire la impactul evenimentelor traumatice; de asemenea, ne anunță când aceste evenimente nu mai au putere asupra noastră. Intervențiile care pun accent pe corporalizare duc experiența terapeutică cu mult mai departe decât locul unde îl pot conduce

¹ Vezi *Trauma și Corpul - O abordare senzoriomotorie a psihoterapiei*, de Pat Ogden, Kekuni Minton și Clare Pain, trad. Oana-Genoveva Parghel, Ed. Herald, 2024. (N. red.)

cuvintele pe client. Terapeutul îl ajută pe client să se concentreze asupra desfășurării poveștilor ținute în corp, încremenite în timp.

Atât terapia EMDR, cât și psihologia somatică recunosc faptul că, atunci când clienții își cresc toleranța față de senzațiile și emoțiile supărătoare, ei reduc totodată suferința asociată cu amintirile traumatizante și își dezvoltă capacitatea de a reacționa eficient la nevoile sinelui. Noi considerăm că terapeuții instruiți în folosirea combinată a terapiei EMDR și psihologiei somatice dețin instrumente avansate pentru a lucra cu simptomele tulburării de stres posttraumatic (PTSD). În primul rând, corporalizarea necesită o practică dedicată din partea terapeutului, dar și a clienților. Propria conștientizare somatică a terapeuților le permite acestora să folosească schimbările subtile din senzații ca punct de reper ce le oferă informații despre experiențele clienților sau un potențial contratransfer. Pe măsură ce terapeuții își amplifică propria conștientizare somatică, ei oferă și un model de conștientizare corporalizată pentru clienți. În plus, terapeuții somatici creează medii care îi invită pe clienți să își dezvolte în siguranță conștientizarea corporală. Acest capitol oferă o scurtă istorie a terapiei EMDR și a psihologiei somatice și explorează componentele esențiale ale fiecărei modalități terapeutice.

TERAPIA EMDR

Terapia de desensibilizare și reprocesare prin mișcări oculare (EMDR) (Shapiro, 2013, 2018) este o abordare cuprinzătoare a terapiei dezvoltate de dr. Francine Shapiro în 1987. Shapiro a descoperit terapia EMDR din pură întâmplare, când a observat că ochii ei se mișcau înapoi și-ncoace atunci când se gândea la ceva supărător, iar ca urmare a acestei observații, supărarea trecea. Cu timpul, a dezvoltat un model de tratare a traumei în opt etape, care îi ajută pe clienți să proceseze experiențele traumatizante din viață, simptomele asociate și strategiile dureroase de adaptare la traumă. Terapia EMDR este structurată astfel încât să trateze PTSD ajutându-l pe client să proceseze amintirile perturbatoare prin

desensibilizarea imaginilor, gândurilor, sentimentelor și senzațiilor corporale asociate cu acestea. Procesul se bazează pe atenția duală, în cadrul căreia clientului i se cere să rămână conștient de experiența momentului prezent, dar și să gestioneze, în același timp, amintirile legate de evenimentul traumatizant. Desensibilizarea evenimentelor traumatizante folosește stimularea duală, bilaterală a atenției, pe care o vom numi SBL/SDA (BLS/DAS)¹ pe parcursul acestei cărți. SBL înseamnă stimulare bilaterală a atenției, iar SDA se referă la stimularea duală a atenției. Includem ambii termeni, fiindcă au fost folosiți interșanjabil în studiile despre terapia EMDR.

SBL/SDA poate fi administrată sub forma mișcărilor oculare, pulsațiilor, tonurilor sau bătutului din deget care alternează între partea stângă și cea dreaptă a corpului. Terapeuții EMDR își ajută clienții să dezvolte un obiectiv sau o țintă, cerându-le să identifice componentele asociate unui eveniment traumatic, printre care se numără cea mai groaznică imagine sau viziune, cogniția negativă (CN/NC²), emoțiile și senzațiile corporale. O Scală a Unităților Subiective de Distres (SUD/SUDS³) este folosită pentru a determina nivelul de suferință pe care îl resimte clientul pe o scară de la 0 la 10, unde 0 este neutru sau lipsit de suferință, iar 10 este cel mai înalt nivel de tulburare. În plus, terapia EMDR folosește un protocol cu trei brațe care abordează orice incident trecut ce a condus la tulburarea actuală, circumstanțele din prezent care provoacă distres și evenimentele viitoare care vor necesita abilități și atitudini noi. Protocolul cu trei brațe ajută la ancorarea în situații trecute, prezente și viitoare a noii cogniții pozitive (CP/PC⁴) și a experiențelor somatice legate de ea. Atunci când evaluează intensitatea unei CP, terapeuții EMDR folosesc o scară de validare a cogniției (*Validity of Cognition/VoC*) în care clienții evaluează forța convingerilor lor pozitive pe o scară de la 1 la 7, unde 1 este complet fals, iar 7 este complet adevărat.

¹ Din engl., *bilateral dual attention stimulation*. (N. red.)

² Din engl., *negative cognition*. (N. red.)

³ Din engl., *Subjective Units of Disturbance Scale*. (N. red.)

⁴ Din engl., *positive cognition*. (N. red.)

După încheierea desensibilizării, Shapiro a descoperit că, adesea, clienții nu raportau doar neutralitatea față de suferință, ci simțeau și un rezultat pozitiv, inclusiv revelații noi și un sentiment de claritate. A aplicat modelul adaptiv de procesare a informației, definit drept capacitatea inerentă a creierului de a integra evenimentele traumatice atunci când primește sprijin suficient (Shapiro, 2013, 2018). De exemplu, o clientă care a fost violată poate să fi internalizat convingeri despre sine precum „Nu sunt în siguranță”. Pe măsură ce procesează acest eveniment prin terapia EMDR, ea începe să prelucreze durerea provenită din evenimentul traumatizant, recunoscând faptul că acesta s-a încheiat și că acum se află în siguranță. Drept urmare, clienta poate integra convingeri corecte despre sine, iar până la sfârșitul tratamentului găsește alinare și un sentiment de claritate.

Terapia EMDR este un model de tratament al traumei în opt etape, structurat astfel încât să lucreze cu amintiri, emoții, convingeri și senzații corporale asociate. Haideți să le analizăm mai îndeaproape:

- **Etapa 1, aflarea istoricului:** Scopul acestei etape inițiale este ca terapeutul să alcătuiască un istoric cât mai cuprinzător al vieții clientului, care include atât evenimentele pozitive și benefice din viața sa, cât și experiențele traumatizante sau dificile. Această etapă le permite clienților să identifice orice aspect din viața lor care le provoacă suferință, iar terapeuții folosesc aceste informații pentru a stabili obiective (ținte) de tratament.
- **Etapa 2, pregătirea:** În timpul etapei de pregătire, terapeutul îi ajută pe clienți să dezvolte resurse care le vor permite să înfrunte amintirile dificile fără să fie copleșiți de ele. Acest lucru este realizat prin dezvoltarea și instalarea resurselor (IDR/RDI¹), în care clienții exersează imaginarea și conectarea la stări pozitive din corpul și mintea lor (Shapiro, 2013,

¹ *Resource development and installation*, în lb. engl., în original. (N. red.)

2018). De exemplu, clienții pot vizualiza un loc imaginar sau real unde se simt în siguranță, calmi și relaxați. Alte intervenții IDR tradiționale includ conținerea, amplificarea sentimentelor pozitive și dezvoltarea aliaților protectori sau susținători.

- **Etapa 3, evaluarea:** Faza de evaluare se concentrează asupra identificării simptomului, evenimentului sau amintirii care trebuie reprocessat(ă). În această etapă clientul este ajutat să găsească piatra de temelie a țintei, adică cea mai timpurie amintire legată de problema prezentată. Pentru a găsi amintirea de temelie, terapeutul își ghidează clientul pe o punte de plutire înapoi/în afect, în care terapeutul îl invită pe client să-și aducă aminte de situații din trecutul îndepărtat legate de problema actuală. Foarte important, amintirile ce survin în acest proces pot să nu aibă vreo legătură rațională cu problema actuală. Prin urmare, este important pentru terapeuți să își încurajeze clienții să aibă încredere în procesul lor asociativ. Odată stabilită amintirea de bază, terapeutul își ghidează clientul în evaluarea acestuia. Evaluarea constă în solicitarea ca respectivul client să își descrie cea mai groaznică imagine/viziune asociată, CN (cogniția negativă), CP (cogniția pozitivă), VoC (validare a cogniției), emoții, SUD (scala unităților subiective de stres) și senzațiile corporale.
- **Etapa 4, desensibilizarea:** Faza de desensibilizare a terapiei EMDR include folosirea unei stimulări a atenției bilaterale duale (SBL/SDA), în care clientul continuă să conștientizeze experiența momentului prezent, amintindu-și totodată aspecte ale evenimentului traumatic. SBL/SDA este folosită în această etapă sub forma mișcărilor oculare bilaterale, a pulsațiilor sau tonurilor care alternează între partea stângă și partea dreaptă a corpului. Nivelul de perturbare este evaluat folosind SUD, iar materialul perturbator este procesat până ce clientul nu mai raportează nicio tulburare.

- **Etapa 5, instalarea:** Această etapă se concentrează asupra consolidării CP care a devenit posibilă după încheierea cu succes a desensibilizării. De exemplu, odată ce clienții nu mai cred în mod greșit că sunt de neîubit, ei pot începe să dezvolte și să integreze o nouă CP conform căreia merită să fie iubiți.
- **Etapa 6, scanarea corporală:** Aici, corpul este adus în mod explicit în cadrul terapiei EMDR, ca mod de a evalua orice tensiune sau distres remanent și a întări sentimentele pozitive pe care le poate simți clientul după încheierea etapelor de desensibilizare și instalare.
- **Etapa 7, încheierea:** Încheierea, care este esențială pentru un tratament de succes, reprezintă o cale de a vă asigura că respectivul client este stabil înainte de a părăsi ședința. Dacă acesta susține că încă mai simte material traumatic nerezolvat la sfârșitul sesiunii, terapeutul îl ajută să controleze gândurile sau emoțiile deranjante, astfel încât să poată fi procesate la următoarea întâlnire. Terapeutul îl informează pe client că procesarea amintirilor traumatice poate continua și între ședințe și că s-ar putea să fie nevoie ca el să exerseze singur folosirea resurselor. Încheierea ne ajută să ne asigurăm că un client se simte suficient de înzestrat cu resurse înainte de părăsirea ședinței.
- **Etapa 8, reevaluarea:** Scopul reevaluării este să le permită terapeuților să evalueze eficiența tratamentului, asigurându-se că toate îngrijorările trecute, prezente și viitoare au fost abordate minuțios.

Terapia EMDR este recunoscută acum ca o terapie pe bază de dovezi și este un tratament ales și recomandat de numeroase organizații internaționale de sănătate mintală pentru tratarea PTSD (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009). În mod tradițional, terapia EMDR a fost aplicată în tratamentul PTSD cauzat de evenimente traumatice precum violul, abuzul sexual, accidente rutiere sau

războiul. Recent, terapia EMDR a fost adaptată astfel încât să fie aplicată unei game variate de diagnostice și afecțiuni, printre care CPTSD, tulburările de anxietate, tulburările de dispoziție, durerea cronică și dependențele.

PSIHOLOGIA SOMATICĂ

Importanța corpului în vindecarea rănilor emoționale este de netăgăduit. Majoritatea maseurilor, dansatorilor sau practicanților de yoga pot descrie un moment în care o senzație inițial fizică devine o experiență cu profunzime emoțională, încărcată de putere transformățională și semnificație. Psihologia somatică are drept scop înțelegerea acestui fenomen, traducerea acestui moment transformățional în cuvinte și facilitarea accesului frecvent la puterea de regenerare a corpului. Definită în linii mari, psihologia somatică reprezintă studiul interacțiunilor dintre creier, minte, corp și comportament și al modului în care aceste relații au un impact direct asupra sănătății psihologice și fizice. Ca domeniu, psihologia somatică reunește un evantai larg de psihoterapii corporale aflate în continuă evoluție și plasează în context abordări terapeutice actuale precum Experimentarea Somatică (SE¹; Levine, 1997, 2010) și psihoterapia senzoriomotorie (Ogden *et al.*, 2006; Ogden & Fisher, 2015), care sunt cele mai recunoscute în ziua de astăzi.

O influență semnificativă în istoria psihologiei somatice își are originea în anii '30 și '40, odată cu Wilhelm Reich (Raknes, 2004). Reich era coleg cu Freud și a fost influențat de teoria psihanalitică a pulsionilor. El considera că energia forței noastre vitale trece prin corp sub formă de expresii ale nevoilor și emoțiilor primitive. Reich a identificat „tiparele de conținere” ca zone de tensiune emoțională din corp ce se găsesc de obicei în pelvis, abdomen, diafragmă, piept, gât, maxilar și frunte. El credea că tiparele de tensiune nerezolvată se transformă în simptome fizice, cum ar fi durerile de cap, scrâș-

¹ *Somatic Experiencing* – în lb. engl. (N. red.)

nitul dinților sau digestia încetinită. Reich a descoperit că nevoile nesatisfăcute ale clientului din dezvoltarea timpurie reprezentau rădăcinile acestor tipare de reprimare. Abordarea sa față de eliberarea energiei blocate includeau ținutul cathartic, lovitul și împinsul pentru eliberarea emoțiilor și tensiunii fizice din corp.

Alexander Lowen (1877) a lucrat îndeaproape cu Reich și apoi s-a despărțit de acesta pentru a dezvolta bioenergia. Abordarea sa față de rezolvarea conflictului corp–minte implica citirea corporală, în care terapeutii observau și interpretau tiparele de tensiune ale clienților. El numea aceste tipare „strategii de caracter” și le percepea ca fiind asociate cu anumite convingeri fundamentale deprinse în copilăria timpurie. De exemplu, imaginați-vă un copilăș care își revendică independența; este curios prin natura sa și îi place să testeze totul și pe toată lumea. Ce se întâmplă atunci când se simte speriat, când plânge sau se înfurie? Poate că este certat și plesnit peste fund fiindcă a fost furios, obraznic și a făcut dezordine. Poate că este lăudat fiindcă este un copil cuminte atunci când nu face dezordine. Îi plac sentimentele pozitive pe care le simte când mama și tata sunt mulțumiți de el. Cu timpul, el continuă să se ghideze după ei, ca să se asigure că face lucrurile așa cum trebuie, și învață cum să-și stăpânească propriile impulsuri și sentimente. Ca tânăr adult, trăiește într-o dihotomie între dorința sa de conectare și sentimentele neexprimate de furie. Se luptă cu o convingere profundă că trebuie să se comporte frumos ca să fie iubit; însă se simte deconectat de picioarele și pelvisul lui, ceea ce indică o ruptură fizică între partea de sus și cea de jos a corpului.

În mod clasic, bioenergia lui Lowen ar rezolva acest conflict aducându-l pe client în situații stresante care pun corpul în poziții îndelungate sau uneori incomode, ce evocă emoții vulnerabile sau o eliberare fizică. Scopul exercițiului este să elibereze tiparele de tensiune, astfel încât clientul să se simtă stabil și reconectat cu sine și cu lumea.

Aceste modalități timpurii au devenit tradiția energetică a psihologiei somatice. Domeniul a depășit, în timp, abordarea cathartică

IBDIS | We know
a primelor terapii reichiene și bioenergetice, care implicau metode intense și chiar invazive, cum ar fi masajul cu presiune profundă, ținuturile primitive și pozițiile de stres. Deși aceste terapii pot crea o schimbare rapidă, ele riscă să-l traumatizeze pe client din nou. Drept urmare, actualele abordări somatice pun accentul pe facilitarea eliberării somatice într-o manieră sigură și independentă. De exemplu, psihoterapia corporală integrativă (PCI) a fost dezvoltată de Rosenberg *et al.* (1989), cu accent pe eliminarea blocajelor din corp printr-o integrare a autopsihologiei și teoriilor relațiilor dintre obiecte. Aceasta presupune concentrarea asupra respirației și a granițelor în contextul relațiilor terapeutice. IBP îl ajută pe client să-și dezvolte conștiința de sine și, drept rezultat, să își autoregleze senzațiile și emoțiile. Un alt procedeu somatic notabil este psihologia formativă a lui Keleman (1987), care înglobează înțelegerea transferului, a contratransferului și a „rezonanței somatice”. El descrie rezonanța somatică drept acele reacții somatice pe care le-ar putea simți terapeutul armonizat cu clientul ca răspuns față de acesta. În plus, procedeele terapeutice existențiale și umaniste pun și mai mult accentul pe intervențiile experiențiale, ancorate în aici-și-acum. De exemplu, Gendlin (1982) folosește conștientizarea corporală drept punct de reper pentru explorarea conflictelor psihologice.

Caldwell (1996, 1997) a fost influențată și de tradiția umanistă în dezvoltarea ciclului de mișcare. Abordarea sa integrativă față de psihoterapia corporală include mișcarea autentică (Adler, 1999; Whitehouse, 1999), concentrarea (Gendlin, 1982) și o formare în educația mișcării. Ciclul de mișcare se bazează pe practică contemplativă, încurajează orientarea spre aici-și-acum și îl invită pe client să-și observe senzațiile, să urmeze impulsurile de mișcare și să identifice orice gânduri sau emoții asociate.

Alte metode importante în domeniul psihologiei somatice provin din munca lui Bainbridge Cohen (1994), care a dezvoltat centrarea pe corp-minte. Bainbridge Cohen sugerează că învățarea timpurie a mișcărilor de dezvoltare formează repertoriul tuturor mișcărilor

din viața de mai târziu. Însă un tipar de mișcare care nu este suficient integrat poate crea perturbări în alte domenii ale vieții individului, cum ar fi capacitatea de a învăța cognitiv sau de a procesa emoțiile. Centrarea corp-minte a fost aplicată în mod psihoterapeutic de către Susan Aposhyan (2004, 2007) în practica sa, psihoterapia corp-minte. Aposhyan subliniază importanța creșterii numărului de opțiuni potențiale de mișcare disponibile pentru individ prin eliminarea blocajelor din repertoriul de mișcări. Prin acest proces clientul este ajutat să se conecteze la senzațiile din corp, permițând acestor senzații să-î ghideze mișcarea, respirația și vocalizările. Ajutându-l pe client să-și urmărească senzațiile, este facilitată secvențierea, care permite sentimentelor să se miște prin tot corpul, până ce sunt complet procesate.

Cu timpul, psihologia somatică a continuat să evolueze odată cu SE a lui Peter Levine, care se concentrează asupra eliberării de efectele traumei din sistemul nervos, prin urmărirea experienței somatice și încurajarea mișcărilor care înlătură reacțiile trunchiate la stres (Levine, 1997, 2010). Experimentarea somatică a fost influențată de interesul lui Levine față de modul în care gestionează animalele amenințările. După ce a observat că, de regulă, animalele nu sunt traumatizate în sălbăticie, a devenit curios cu privire la felul în care pot fi stârnite mișcările de autoprotecție la oameni. Într-o ședință profund marcantă, Levine lucra împreună cu o femeie încremenită de șoc și groază. El i-a sugerat instinctiv să-și imagineze că e urmărită de un tigru, iar ea a început să inițieze o serie de mișcări de alergare, cu încetinitorul, pentru a fugi și a căuta adăpost. După aceea femeia a declarat că s-a eliberat de starea sa somatică de încremenire. Această experiență l-a determinat pe Levine să dezvolte SE cu accent pe urmărirea senzațiilor din corp și facilitarea eliberării lente a tensiunii prin mișcare, concentrându-se, în același timp, asupra reglării stărilor de agitație.

O altă metodă fundamentală în definirea actualei psihologii somatice este psihoterapia senzoriomotorie (Ogden *et al.*, 2006). La început, Pat Ogden lucra cu pacienți psihiatrici și a observat că