

LA VOCE CHE RIVELA

Tania Facioni* Valeria Gidaro**,

Abstract

Nell'articolo si offrono degli spunti di riflessione sulla comunicazione verbale nella relazione terapeutica, soffermandosi in particolare sugli aspetti impliciti veicolati dalla voce. Tali riflessioni originano da alcune esperienze di ascolto della voce del terapeuta proposte in aula nell'Istituto Italiano di Formazione in Analisi Bioenergetica. Nella consapevolezza della inafferrabilità dell'implicito, le autrici si propongono di esplorare un territorio, quello della voce che, in quanto suono e parola, suono e significato, musica e parole, è il luogo in cui implicito ed esplicito si incontrano.

Parole chiave: voce, azione, metafora, implicito, relazione.

* Tania Facioni: psicologo, psicoterapeuta, docente I.I.F.A.B (Istituto Italiano di Analisi Bioenergetica)

** Valeria Gidaro: psicologo, psicoterapeuta, docente I.I.F.A.B (Istituto Italiano di Analisi Bioenergetica)

Perché la voce....

Che cos'è muoversi nel vasto territorio dell'implicito? È uno strano mondo: l'implicito non si racconta, non si interpreta, piuttosto si avverte, si respira, si attraversa, è per questo che è difficile e complesso riflettere su di esso.

Sentiamo la necessità di continuare a esplorare questo territorio e a “pensarlo” per riflettere da una parte sulle conseguenze di una sempre maggiore attenzione all'implicito e per quanto ci riguarda per soffermarci su quanto negli anni è rimasto “implicito” nella nostra prassi.

L'Analisi Bioenergetica ha dato e dà molto spazio alla voce del paziente. La centralità data all'espressione della voce nel nostro orientamento ha prodotto lo stereotipo che l'urlo fosse l'azione terapeutica per eccellenza.

In realtà il lavoro sulla voce accompagnava ed accompagna il processo terapeutico: per qualcuno la voce prima non riconosciuta, sentita come estranea, evocatrice a volte di un sentimento di vergogna, man mano fa capolino con sempre maggiore solidità, possiamo dire che “prende corpo”, diremmo noi “si radica nel corpo”, accompagnando il processo di crescita verso l'individuazione e l'autonomia; la voce che esprime di volta in volta il diritto di esistere, che rivela il bisogno, il desiderio dell'altro. Per altri la voce, nel corso del processo terapeutico comincia a conoscere nuove modalità espressive, a cercare tonalità meno acute, stridule, prepotenti.

Come afferma il cantante d'opera Corrado Bologna (1922, p123) citato da Zatti (2003): *“emettere la voce è affermarsi, sentire di esistere, soprattutto se questa emissione sonora viene compiuta con l'atteggiamento di lasciar fluire fuori di sé la voce fino al formarsi di un 'corpo sonoro’”*.

Inoltre dare voce ai propri vissuti, alle proprie paure, alla rabbia, significa dargli ascolto nel doppio senso di ascoltarsi ed essere ascoltati.

Il lavoro attraverso la voce è anche ascolto della voce del respiro quale via privilegiata di accesso all'emozione.

Ascoltare il respiro significa cogliere le sensazioni provenienti dal nostro interno. La respirazione è particolarmente sensibile alla vita psichica, rivelatrice dello stato emotivo, dell'emozione presente ma anche dell'emozione bloccata ed emettere suoni consente di aiutare la respirazione.

Storicamente l'Analisi Bioenergetica si è occupata della voce quale espressione della personalità dell'individuo. Scrive Lowen (1975 pag 239): *“Non ho dubbi che una voce ricca sia una ricca modalità di auto espressione e denoti una ricca vita interiore... Che cosa intendiamo per voce ricca? Il fattore essenziale è la presenza di foni armonici alti e bassi che le conferiscono pienezza di suono. Un altro fattore è la gamma. Una persona che parla su un solo tono ha una gamma espressiva molto limitata che tendiamo ad identificare con una personalità limitata. Una voce può essere piatta, senza profondità o risonanza, può essere bassa quasi mancasse di energia, oppure esile e senza corpo. Ciascuna di queste qualità ha un certo rapporto con la personalità dell'individuo”* ed ancora: *“se una persona deve recuperare il suo pieno potenziale di auto espressione è importante che acquisisca il pieno uso della voce in tutti i suoi registri e in tutte le sue sfumature affettive. Il blocco di un qualsiasi sentimento influisce sull'espressione vocale.... Le tensioni che interferiscono con la respirazione, specialmente quelle presenti nella regione del diaframma, si riflettono in*

qualche forma di distorsione della qualità della voce. In un grave stato di ansia, ad esempio in cui il diaframma vibra , la voce diventa molto incerta”.

Lowen prosegue indicando le tensioni della muscolatura del collo e della gola come particolarmente influenti sulla risonanza della voce, ma anche sottolineando la natura strettamente emotiva della voce e come la sua liberazione possa comportare la mobilitazione di sentimenti repressi.

Oggi l'Analisi Bioenergetica si è arricchita di nuove prospettive. Si è cominciato a guardare alla relazione terapeutica in un'ottica intersoggettiva; questo diverso sguardo ha spostato l'attenzione dal paziente alla relazione. Riteniamo dunque necessaria un'ampia riflessione sulla comunicazione implicita portando con noi il bagaglio di esperienza del lavoro corporeo. In questa sede circoscriviamo l'esplorazione ad un tema poco sviluppato quale la voce del terapeuta nella consapevolezza che la voce del terapeuta non esisterebbe senza il paziente e che si tratta di una voce all'interno di una comunicazione circolare diadica. Così si esprime Bachtin citato da Borgna (2003 pag 56): *“Una sola voce non porta a termine nulla e nulla decide. Due voci sono il minimum della vita, il minimum dell'essere”.*

Sul valore della comunicazione implicita si erano già espressi Reich e Ferenczi contemporaneamente e in modo autonomo al congresso di Innsbruck (settembre 1927), entrambi riconoscendo per la prima volta nella storia della psicoanalisi un'importanza fondamentale agli aspetti formali della comunicazione.

Rifacendosi a Reich e Ferenczi la Shapiro (1996 citata da Dimen in Aron 2004 pag 153) ricorda agli analisti che nella stanza di analisi sentiamo i nostri corpi e ugualmente li sentono i nostri pazienti, e che queste sensazioni fondano svariate conoscenze di sé, dell'altro e della relazione.

Reich (1933) sostiene che non solo il terapeuta vede il paziente ma anche il paziente vede il terapeuta e, potremmo aggiungere, per tornare al nostro tema, anche il paziente “ascolta” il terapeuta.

“La maggior parte dello scambio delle informazioni soggettive fondamentali per le relazioni umane è di tipo non verbale e include cambiamenti dinamici delle espressioni del viso, della prosodia della voce, del tatto, dei gesti e degli stati corporei. (Shore,2003 pag243).

Echi di voci lontane

Come mai la voce dell'altro ha forti risonanze in noi al punto che ci si può innamorare di una voce, che una voce può essere ammaliatrice, attraente, inquietante, respingente?

Il respiro e il suono ci accompagnano nella dimensione più arcaica della vita: il bambino cresce nel grembo materno, avvolto dai suoni provenienti dal corpo della madre e da quelli provenienti dall'esterno. *“Viene al mondo con il suo primo respiro e con un grido che lo individua come persona unica - è il suo corpo questa volta che vibra-, e così procede nella costruzione del suo sé corporeo anche attraverso le vibrazioni interne e quelle che dall'esterno gli danno forma. In questo modo un suono, una voce che canta per lui, lo accarezzano e lo circondano definendo i suoi confini corporei, definendo il sé e l'altro da sé, in un continuo rimando di senso”*. (Biferale S., Toti R. *Il corpo della voce, la voce dell'ascolto*. www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/biferale-toti.htm - 20 Febbraio 2007).

Zatti fa riferimento ad alcune ricerche neurofisiologiche (Prechtl, 1989) secondo le quali lo sviluppo dell'udito nel feto è completato all'età di quattro mesi di vita intrauterina: il feto è capace di cogliere a livello cocleare suoni di frequenza media e alta, corrispondenti di fatto alla voce materna. Ancor prima è capace di percepire, attraverso i canali vestibolari, i suoni a bassa frequenza prodotti dal corpo della madre (cuore, respirazione, borborigmi addominali): secondo questi studi, i suoni a bassa frequenza rallenterebbero l'attività del feto e lo calmerebbero, mentre i suoni della zona medio-alta ne stimolerebbero la motilità. (Zatti, 2003)

La voce materna dunque partecipa a formare un involucro di sensazioni (Anzieu, 1987) da cui deriva la progressiva costruzione di un mondo interno differenziato dal mondo esterno. Mancina così afferma: *“Le esperienze sensoriali del feto all'interno della cavità uterina, esperienze sensomotorie e uditive, ritmiche e costanti che riceve dal contenitore materno e dall'ambiente esterno partecipano alla formazione di una memoria implicita che assisterà il bambino alla nascita e gli permetterà di vivere una continuità psichica nel passaggio dall'ambiente interno a quello esterno, passaggio non privo di una certa traumaticità fisiologica”* (Mancia M. 2004 pag 60).

Anche Zatti afferma che la linea melodica e ritmica della lingua materna e le inflessioni e modulazioni personali della sua voce sembrano lasciare tracce nella memoria del bambino. (Zatti, 2003).

La voce richiama dunque esperienze che si situano lungo tutto l'arco vitale a partire dalle primissime esperienze endouterine e postnatali con la madre archiviate nella memoria implicita.

Afferma Laura Pigozzi: *“La modulazione, il ritmo, il tono con cui il proprio nome è pronunciato dalla madre, costituiscono un momento strutturante che concorre a segnare il*

tipo di riconoscimento da cui l'essere sarà marcato. La voce appare dunque all'alba dell'esistenza, oltre ad essere il primo atteso segno di vita nel grido del bambino, è tra le prime percezioni del mondo udite, insieme al battito del cuore e ai rumori del corpo materno" (Pigozzi L. 2008 pag 60).

Adrienne Harris (2004 p 90) evidenzia le proprietà calmanti dei pattern verbali e gli effetti auto calmanti e di autoregolazione della pratica della parola.

Voci significative ci accompagnano lungo tutto l'arco della nostra vita, la voce di nostra madre, di nostro padre, dei fratelli, poi la voce della maestra e di tutte le persone affettivamente significative. Come non inserire tra queste figure anche quella del terapeuta?

Le azioni della voce

(Le esperienze in aula)

Abbiamo accennato precedentemente alle esperienze proposte nella Scuola di Formazione: esse sono state stimolo e avvio della riflessione delle autrici sul tema della voce del terapeuta. Nel corso di una lezione su "l'implicito e l'esplicito" si è proposto agli allievi di formare delle triadi: terapeuta, paziente, osservatore. L'elemento nuovo rispetto a precedenti esperienze era la posizione dell'osservatore che doveva mettersi di spalle rispetto alla diade terapeuta-paziente; l'osservazione, cioè, avveniva solo attraverso l'ascolto di ciò che veniva detto e delle risonanze che questo produceva; in particolare gli osservatori sono stati invitati a fare attenzione al suono delle parole, a ciò che risvegliava in loro la "musica" che stavano ascoltando in termini di sensazioni, emozioni, ricordi, immagini. Paziente e terapeuta hanno partecipato come osservatori, ascoltatori di se stessi e dell'altro.

Si stava proponendo un tipo di ascolto insolito per la nostra Scuola nella quale storicamente si è dato molto spazio all'ascolto dell'altro per come si muove, per come respira, per come guarda e certamente alle risonanze di tutto questo nel terapeuta. Proporre questo ascolto "nuovo", questo ascolto dello scambio vocale ci ha permesso di constatare quanto la voce del terapeuta a volte sottolinea, altre contraddice, smorza o illumina il significato delle parole.

Nel corso delle esperienze successive (in totale le interazioni proposte sono state sette), abbiamo proposto che lavorasse una coppia terapeuta-paziente al centro dell'aula mentre gli altri allievi venivano invitati ad osservare l'interazione. In queste esperienze gli osservatori guardavano e ascoltavano: tale posizione ha permesso di considerare altri elementi come ad esempio la relazione tra la qualità della voce del terapeuta e altri aspetti non verbali.

Nonostante queste esperienze abbiano prodotto molte interessanti osservazioni, l'aspetto che più ci ha colpito è che gli osservatori nel riferire le loro sensazioni, emozioni, le risonanze prodotte dal suono della voce del terapeuta, ricorrevano spontaneamente all'uso della metafora e più specificamente ad una azione metaforica. Ciò ci ha indotto a chiedere esplicitamente nelle due ultime interazioni: *“se la voce fosse un'azione, che azione sarebbe?”* Ci ha sorpreso trovare nella letteratura molti riferimenti alla voce collegata all'azione.

Parlando di una cultura orale contrapposta alla cultura scritta, Zatti sottolinea che *“il linguaggio è una forma dell'azione umana... Per le culture orali l'azione delle parole non è soltanto limitata a quei vocaboli che contengono nella loro rappresentazione semantica interna la specificità dell'azione. L'atto stesso del dire della voce è infatti un agire di tutto il corpo.”* (Zatti op.cit. p.42)

Ong afferma che *“l'espressione orale è sempre la modificazione di uno stato complessivo, esistenziale, che impegna tutto il corpo... Nell'espressione orale, specialmente se pubblica, l'immobilità assoluta è già di per sé un gesto significativo”.* (Ong 1986 p 100)

La voce rimanda ad un'azione; parlando del mondo artistico di Dostoevskij Bachtin citato da Borgna (2003 pag 55) così si esprime *“il dialogo qui non è la soglia dell'azione ma l'azione stessa”.*

Attraverso la voce, attraverso il suono delle parole il paziente veicola rabbia, risentimento, frustrazione, invidia, delusione: la voce è lamentosa, risentita, rabbiosa. Il paziente lancia veri e propri “proiettili emozionali” contro l'analista per fargli sentire sulla sua pelle la propria rabbia e il proprio risentimento, per fargli vivere quell'impotenza, esclusione, solitudine, disperazione che lui, come bambino, ha vissuto con i propri genitori (Mancia, 2004 op.cit.).

Quale è la risposta del terapeuta? Di quale azione/reazione è portatrice la sua voce? Quali emozioni, quali aspetti/ parti di Sé entrano in gioco? Come arriva al paziente?

Vogliamo soffermarci sulle azioni raccontate in aula dai nostri osservatori nelle diverse interazioni.

Lanciare una corda

Costruire un ponte

Lanciare un'ancora

In questa interazione si poteva osservare l'impegno del terapeuta nel raggiungere il paziente, nello stabilire un contatto; Queste sono alcune delle metafore condivise dal gruppo degli

ascoltatori. Come era la voce che accompagnava le parole? E' stata definita "accogliente", "emozionata", "tenera", "dolce", "sicura".

La qualità dello scambio emotivo, di cui "le voci" erano l'espressione, ha creato un clima di incontro e di intimità tra terapeuta e paziente.

Qualcosa che fa un rumore stridente

Il rumore del gesso sulla lavagna

Uno strumento musicale non accordato

Nell'interazione cui si riferiscono tali metafore la voce del terapeuta è stata definita "monocorde, ostentata, impostata"; riferendosi agli aspetti emotivi veicolati dalla voce gli osservatori l'hanno descritta come "una voce controllata accompagnata da parole scelte con troppa attenzione, in sintonia con una postura rigida".

Parlando del cantante Laura Pigozzi scrive: *"Per il cantante la voce è come un ponte sempre oscillante e precario verso l'Altro. Se non lo è, c'è troppa referenzialità narcisistica, troppa ricerca di perfezione che, in quanto tale, estrania un soggetto da se stesso."* (Pigozzi L. op. cit. p 222) Crediamo che ciò possa essere vero anche per il terapeuta:

Ci piace nella definizione della Pigozzi l'idea che il ponte sia sempre oscillante e precario proprio perché la voce per sua natura, per gli echi di cui è portatrice, non può essere controllata. Quando nell'interazione cerchiamo di controllarla, di evitare che riveli il nostro disappunto, la nostra irritazione, rischiamo di toglierle l'anima.

Laura Pigozzi ritiene che ogni voce posseda un *"doppio statuto familiare/perturbante che si rivela nella variazione prosodica"* (Pigozzi L. op. cit. p 86); riferendosi alla coppia madre bambino afferma *"Da una melodia che dona benessere al bambino, la voce materna può virare in un'assenza prosodica che desertifica il loro rapporto. La madre può cullare il bambino e aiutarlo a crescere armonicamente attraverso le svariate sonorità del mammanese, ma può anche invaderlo con la spezzettatura ansiogena del suo andamento vocale, o ancora può arrivare ad anestetizzarlo emotivamente con una voce povera di tonalità affettiva"* (Pigozzi L. op. cit. p 86).

Allo stesso modo nella relazione terapeutica la voce del terapeuta può divenire fredda, aggressiva, svalutante.

Un cerino bagnato che non si accende
Buttare acqua sul fuoco
Una partita a tennis tra giocatori molto lontani

La voce del terapeuta è descritta, in questa interazione come una voce “pacata”, “a tratti congelata”. Il terapeuta afferma di essersi sentito incerto e dubbioso. Qui la voce raggiunge l’altro ma senza risuonare in lui, il ponte è appunto un ponte precario, poggiato sull’altra sponda ma senza saldo ancoraggio, una voce che quindi non ha lo slancio, l’energia sufficiente per toccare l’altro.

Descrivendo la difficoltà del terapeuta di fronte ad un paziente senza speranza, Borgna (2002 pag 174) così si esprime: *“Quando la malinconia dilaga, la parola che rimandi alla guarigione (vicina o lontana) scorre come acqua sulla roccia; ma nonostante questo il paziente desidera sentirsi dire queste cose: vissute ambigualmente come inutili e come necessarie”* ed ancora: *“Nella desertica solitudine della malinconia ogni orizzonte di speranza sembra ugualmente oscurato e nientificato: la parola si spegne e si brucia immediatamente, quando essa cerca di dischiudere un sentiero in questa desertitudine della speranza e della comunicazione... Le parole si disfanno e agonizzano come farfalle morenti”* (Borgna 2002 pag 180).

Una timida spinta, mentre spinge chiede scusa
Il tentativo di aprire una porta

In questa interazione la metafora esprime il tentativo del terapeuta di essere presente per l’altro ma con cautela, un tentativo di protezione di se stesso e dell’altro; con le parole dello stesso terapeuta: *“Sentivo una congruità tra la voce che non può troppo esplorare e il corpo che non si può troppo muovere”*. Lo sguardo, la respirazione e le espressioni del volto trasmettevano imbarazzo, tensione, e discrezione come il suono della voce.

Queste azioni metaforiche ci ricordano quello stare in punta di piedi che alle volte ci racconta l’insicurezza del giovane terapeuta, altre volte la delicatezza del tema trattato o la paura di chi ci sta di fronte, ed è come se il terapeuta, proprio dietro una porta, chiedesse: “Scusi, posso entrare?” Sono le situazioni nelle quali è difficile dare corpo alle parole.

L’immagine di qualcuno che offre la mano per esplorare insieme

Il tentativo di imparare ad andare in tandem

Nell'interazione che ha evocato queste azioni, si è potuto osservare il tentativo della coppia terapeuta-paziente di cercare una sintonizzazione attraverso una “danza interattiva” nel corso della quale la voce del terapeuta tentava di modularsi sui ritmi del paziente: tale interazione rimanda al senso che oggi sempre più noi diamo allo stare con il paziente nella ricerca di una relazione co-costruita (...). Così a tale proposito si esprime Ogden (2009 pag.3): *”Un aspetto di importanza critica in questa riscoperta della psicoanalisi è quello di creare modi di parlare con ciascun paziente, modi che siano unici per quel paziente in quel momento dell'analisi. Quando dico di parlare in modo diverso con ciascun paziente non mi sto semplicemente riferendo all'uso non autocosciente di diversi toni di voce, ritmi del discorso, scelta di parole, tipi di formalità e informalità, e così via, ma anche a modi particolari di essere con, e comunicare con, un'altra persona che non potrebbero esistere tra altre due persone di questo pianeta”*.

Il concetto di sintonizzazione (Stern 1985) rimanda a qualcosa di simile: in riferimento alla coppia terapeuta-paziente indica la ricerca di un modo di mettersi in relazione, e di un parlarsi, meno razionale, più prossimo all'esperienza sensoriale ed emozionale.

Un abbraccio soffocante

L'assedio di una città

Un fiume in piena

A tutt'altra esperienza rimandano le immagini riferite in questa interazione in cui il terapeuta in difficoltà incalzava il paziente che, a sua volta arrabbiato, tentava di difendersi ritirandosi. Ci sono momenti in cui l'ansia da prestazione, la paura del giudizio, del fallimento si fanno strada dentro di noi occupandoci l'intero spazio interno, in questi momenti può facilmente accadere che da assediati diventiamo invasori.

Laura Pigozzi ricorda quelle situazioni nelle quali capita di sentire che le parole circolano per la stanza senza prendere una forma, che inondano il paziente senza toccarlo, sono le volte nelle quali c'è troppa voce, “un troppo di voce” (Pigozzi L. op. cit. p 65) afferma riferendosi alla coppia madre bambino, sono quelle volte nelle quali le parole calmano la nostra ansia ma agitano il paziente o ci permettono di far tacere il paziente, sono i casi nei quali la voce può assumere quasi una qualità ipnotica, anestetizzante.

Una mano che accarezza

Un caldo abbraccio

Una coperta che riscalda

Nell'interazione che ha stimolato negli ascoltatori tali metafore la voce del terapeuta è stata definita "delicata, dolce, lenta, rassicurante", una voce che raggiunge l'altro senza invaderlo, con tatto.

“Per questa sua capacità di entrarti dentro e di circondarti il suono è in grado di stimolare un'esperienza di intimità con il mondo esterno assai più profonda e intensa di quella fatta con le percezioni visive. (Di Benedetto A. 2002. pag.56)

Ci sono momenti nei quali percepiamo che il paziente è congelato dalla paura, dal terrore ma ha anche paura del nostro contatto, della vicinanza. Abbiamo in mente quei pazienti che hanno dovuto rinunciare alla propria vitalità per sopravvivere: in questi casi uno sguardo presente, una voce calda, viva può essere percepita proprio come una "coperta che riscalda".

Ascoltare la voce

“Zia parlami, c'è tanto buio qui”. La zia gli rispose: “a che servirebbe ? Tanto non puoi vedermi”. “Non c'entra”, rispose il bambino “se qualcuno parla il buio scompare” (Freud, 1095, pag 224 in Ogden 2009).

Le metafore raccontate, solo alcune delle molte metafore che potrebbe evocare una voce, ci hanno aiutato a focalizzare le potenzialità e le insidie della voce che arriva al paziente. È per questo che riteniamo importante che il terapeuta ascolti la propria voce, che impari a sentire le variazioni nella musica delle sue parole.

In Analisi Bioenergetica siamo abituati ad ascoltare il nostro e l'altrui respiro, siamo attenti ai segnali corporei che cogliamo in noi stessi e nel paziente; è altrettanto importante allenarci all'ascolto della nostra voce: la voce fa, oltre che dire, e nel fare, come abbiamo potuto osservare nel corso delle nostre esperienze, accarezza, spinge, arretra, accompagna... O anche stride, respinge, blocca...

Non dobbiamo ammaestrare la voce perché una voce ammaestrata non risuona, non arriva; dobbiamo ascoltarla, accompagnarla, modularla attenti però sempre alle variazioni, in quel dialogo continuo, anche quando le parole tacciono, che è la relazione.

È importante che il terapeuta possa accettare che a volte la sua voce gli risulti estranea, che non accompagni le parole ma le contraddica.

È apprezzabile il suggerimento di Zatti (2003) di lavorare sulla propria voce ma secondo noi questo lavoro andrebbe considerato alla stregua di un'esplorazione che ci consente di conoscere meglio la nostra voce, i blocchi che ci impediscono di esprimerla ma che ci rivelano a noi stessi e all'altro.

Il contatto vivo con la voce aumenta il nostro *grounding*, la nostra presenza nella relazione, ci aiuta ad essere più consapevoli dei processi di autoregolazione e regolazione interattiva. Come sostiene la Dimen (2004, pag 133) *“ovunque i teorici relazionali si fanno sostenitori di un ordine nel quale le parole, i corpi e le azioni sono correlate tra di loro”*, potremmo aggiungere che la voce racchiude, sintetizza, esprime proprio *“la tensione triangolare tra le parole, le azioni, i corpi”* (idem).

Come dice Ludwig Wittgenstein , citato da Borgna (1999 pag 134): *“Il linguaggio può dire soltanto ciò che possiamo figurarci anche altrimenti”*.

Di Benedetto afferma :*“Il non-verbale espresso dal linguaggio del corpo e il non verbale espresso dagli aspetti prosodici del parlare, vengono a coincidere nella voce. Che è il crocevia di corpo e parola. La voce dà voce al corpo e a tutto quanto esso tenta di trasmettere.”* (A. Di Benedetto, 2000, citato da Toti Biferale 2007 p 6).

Per tornare agli echi lontani della voce, sono i nostri sensi che per primi hanno “ascoltato”, sono i nostri sensi che ci permettono di ritrovare, nel respiro, nel ritmo, nel suono della voce, le tracce lasciate da ricordi che non hanno parola.

In conclusione un ringraziamento va agli allievi del nostro Istituto che con il loro coinvolgimento e partecipazione ci hanno regalato questi preziosi spunti di riflessione attraverso le loro immagini e le loro metafore.

Bibliografia

- Aron L. Anderson F.S. *Il corpo nella prospettiva relazionale*, La Biblioteca, Roma 2004.
- Anzieu D. *L'Io pelle*, Borla Editore, Roma, 1987.
- Biferale Silvia, Toti Rita. *Il corpo della voce, la voce dell'ascolto*.
www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/biferale-toti.htm - 20 Febbraio 2007.
- Borgna E. *Le intermittenze del cuore*, Editore Feltrinelli, Milano, 2003.
- Borgna E. *Malinconia*, Editore Feltrinelli, Milano, 2002.
- Di Benedetto A. *Prima della parola. L'ascolto psicoanalitico del non detto attraverso le forme dell'arte*. Milano, Franco Angeli, 2002.
- Dimen M. *Corpi poliglotti* in Aron L. Anderson F.S., *Il corpo nella prospettiva relazionale*, La Biblioteca, Roma, 2004.
- Harris A. "Involucri psichici e bagni sonori" in Aron.L. Anderson F.S. *Il corpo nella prospettiva relazionale*, La Biblioteca, Roma 2004.
- Lowen A. (1956), trad. it. *Il linguaggio del corpo*. Feltrinelli, Milano 1978.
- Lowen A. (1975), trad. it. *Bioenergetica*. Feltrinelli, Milano. 1983.
- Lowen A. Lowen L. (1977), trad. it. *Espansione e integrazione del corpo in Bioenergetica*. Roma: Astrolabio 1979.
- Mancia M. *Sentire le parole*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- Ogden Thomas H. *Riscoprire la psicoanalisi. Pensare e sognare, imparare e dimenticare*, CIS Editore, 2009.
- Ong Walter J., *Oralità e scrittura. Le tecnologie della parola*, Il Mulino, 1986.
- Pigozzi Laura, *A nuda voce. Vocalità, inconscio, sessualità*, Antigone Edizioni, Torino, 2008.
- Reich W. (1933), trad. it. *Analisi del carattere*. Ed. Sugarco, Milano 1973.
- Schore A.N. (2003) trad. it. *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sè*. Astrolabio, Roma 2008.
- Searles H. *Il paziente borderline*, Bollati-Boringhieri, Torino 1988.
- Shapiro S.A. *The embodied Analyst in the victorian consulting room*. Gender & Psychoanal, 1 1996.
- Stern D. (1985) trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati-Boringhieri Torino 1974.
- Tonella G. (2008) "Il Sè, una continuità psico-corporea. Memoria procedurale e terapia Psico-corporea" in *CorpoNarrante* N.1 2009 - Conferenza di Parigi 8-11-novembre 2008.
- Tonella G. (2007) "Paradigmes pour l'Analyse Bioénergetique à l'Aube du 21ème Siecle"- in *Bioenergetic Analysis* Ed.IIBA 2008 - Conferenza IIBA di Siviglia – maggio 2007.
- Winnicott D.W. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma 1965.
- Zatti Alberto. *La voce nel colloquio psicologico*, Franco Angeli, 2003.