

Una lettura gestaltica dei disturbi psicosomatici: “la pelle che brucia”*

*A Gestalt Reading of Psychosomatic Sufferings:
“Burning Skin”*



Michele Cannavò** Dario Davì*** e Brenda Cervellione****

[Ricevuto il 15 luglio 2024

Accettato per la stampa il 30 settembre 2024]

Abstract

This article presents a Gestalt perspective on the treatment of psychosomatic suffering.

The first section outlines the development of psychosomatics within psychoanalytic studies. It explores the diagnostic framework and the effectiveness of psychotherapeutic treatments, contextualized within the post-pandemic period, the climate crisis, and ongoing global conflicts. Gestalt therapy is then introduced as a potential approach, emphasizing the experiential and situational field concept to deepen the understanding of the aetiopathogenesis and phenomenology of psychosomatic disorders. The relational and intersubjective dimensions of bodywork are discussed, highlighting the indispensability of mind-body unity alongside the centrality of the therapeutic relationship.

The authors provide an integrated biopsychosocial perspective on psychosomatic disorders, examining the interactions among the nervous, immune, and endocrine systems. A clinical case demonstrates how Aesthetic Relational Knowledge can effectively address psychosomatic suffering by understanding the patient within a relational context and acknowledging their specificity and uniqueness. The importance of co-regulation and the therapist's adaptive presence is emphasized to support the patient in managing closeness within the therapeutic

* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

** Istituto di Gestalt HCC Italy, Via Vitaliano Brancati, 20, 95128 Catania. E-mail: michele.cannavo@gestalt.it

*** Università degli Studi Niccolò Cusano di Roma. Via Don Carlo Gnocchi, 3, 00166 Roma. E-mail: dario.davi@unicusano.it

**** Università degli Studi di Enna “Kore”. Viale delle Olimpiadi, 94100 Enna. E-mail: brenda.cervellione@unikore.it

Note biografiche degli autori in fondo al saggio.

Quaderni di Gestalt (ISSN 1121-0737, ISSN e 2035-6994), XXXVII, n. 2/2024

DOI: 10.3280/qg2024-2oa18163

relationship. This relational “dance” relies on trust in the field, particularly during moments of discouragement and pain when the patient feels unseen or invalidated. Over time, this process facilitates co-regulation and the resolution of symptoms by recalibrating the therapeutic distance.

In conclusion, Gestalt psychotherapy, grounded in Aesthetic Relational Knowledge, emerges as a privileged approach for treating psychosomatic disorders. This is achieved through the integration of the patient’s mind-body experience in the therapeutic here-and-now.

The treatment is founded on the therapist’s authentic and spontaneous presence, which acknowledges the patient’s complexity without disregarding the neurobiochemical correlates that exacerbate suffering. Phenomenologically, the therapist becomes part of the patient’s experiential field, using resonance to comprehend the patient’s lived experience. By embodying the patient’s experience metaphorically “on their skin”, the therapist facilitates the reformulation of relational patterns and fosters new creative adaptations.

Keywords: Gestalt psychotherapy, psychosomatic, body, resonance, Aesthetic Relational Knowledge.

Riassunto

Nel presente articolo viene proposta una lettura gestaltica del trattamento dei disturbi psicosomatici. Dopo una descrizione del costrutto da un punto di vista diagnostico e l’efficacia dei trattamenti psicoterapici, viene presentato il contesto culturale di riferimento e la terapia della Gestalt come approccio possibile per la cura. Viene pertanto proposta una lettura integrata che comprende aspetti biopsicosociali. Il caso clinico presentato definito dagli autori “una pelle che brucia”, mette in evidenza come la Conoscenza Relazionale Estetica possa aiutare nella presa in carico dei disturbi psicosomatici, nella misura in cui l’altro viene compreso nel campo relazionale e accolto nella sua specificità. In conclusione, diventa necessario valorizzare tutte le esperienze nel loro complesso (fisiche, psichiche, sensoriali ed emotive) perché dal funzionamento unitario di “corpo”, “mente” e “ambiente” emerge un processo figura-sfondo vivo.

Parole chiave: Psicoterapia della Gestalt, psicosomatica, corpo, risonanza, Conoscenza Relazionale Estetica.

1. Introduzione: il disturbo psicosomatico

Johann Christian August Heinroth (Lipsia, 1773-1843) è stato il primo a introdurre i termini *psicosomatico* e *somatopsichico*, intesi rispettivamente come l’influenza di alcuni aspetti psicologici sul corpo e come ricadute di un disturbo fisico nella psiche. Il legame tra mente e corpo, nello specifico la connessione tra psichico e somatico, prende forma in ambito scientifico all’interno del testo *Studi sull’Isteria* (Breuer e Freud, 1895).

Il sintomo isterico si esprime attraverso una *compiacenza somatica* che genera uno sfogo organico di un processo psichico inconscio. L’isteria si

configura come processo di *conversione* di un affetto in una manifestazione somatica: in tal senso si strutturano delle vere e proprie *rappresentazioni* di fantasie inconscie simbolicamente correlate che possono essere interpretate con il metodo psicoanalitico. Nel dibattito interno alla psicoanalisi il rapporto tra psiche e soma troverà maggiore centratura grazie al lavoro di Reich (1996) il quale individuò una corrispondenza tra il carattere di una persona e il suo *atteggiamento* corporeo.

La tensione muscolare diventa espressione del conflitto interiore e dei blocchi emotivi e la respirazione costituisce una modalità di interazione con l'ambiente e con il proprio mondo interno. Diversi anni dopo, Winnicott (1945) sottolinea il ruolo giocato dal *caregiving* nello sviluppo del sé corporeo durante l'attività di *handling* (manipolazione) che favorisce il processo di *personalizzazione*, considerata un indice di responsività materna che permette l'integrazione fra psiche e soma. La malattia psicosomatica, quindi, consiste in una mancata integrazione durante la quale la madre non svolge un lavoro di *insediamento* della psiche nel soma generando *depersonalizzazione* (Winnicott, 1945).

Lo psicoanalista che può essere considerato il fondatore della medicina psicosomatica è Franz Alexander (Budapest, 1891-1964), il quale sin dagli anni '30 del Novecento condusse varie ricerche riguardanti sia la sua diagnosi sia la cura con l'obiettivo di integrare la medicina con la psicoanalisi. Merito di Alexander fu quello di entrare nel merito dei disturbi psicosomatici evitando l'appiattimento all'unico meccanismo di difesa della *conversione* come spiegazione del fenomeno (Alexander, 1977).

Dal punto di vista della valutazione diagnostica il DSM-5 (APA, 2014) distingue in: Disturbo da sintomo somatico, Disturbo d'ansia di malattia, Disturbo funzionale da sintomi neurologici, Disturbo fittizio e Altri sintomi somatici specificati e disturbi correlati. Il Disturbo da sintomi somatici appare dunque più inclusivo rispetto alla categoria Disturbo somatoforme del DSM-IV-TR (APA, 2001); ma data la scarsa letteratura su tale costrutto questa "semplificazione" potrebbe aumentare il rischio di un eccesso di diagnosi. Il Disturbo funzionale da sintomi neurologici ha preso il posto del Disturbo di conversione che rimanda, in effetti, a un modello esclusivamente psicodinamico.

2. Efficacia del trattamento dei disturbi psicosomatici

La psicosomatica può essere compresa da un punto di vista olistico, biopsicosociale e complesso (Engel, 1977). Il modello psicosomatico di Minuchin (1985), che coincide con un approccio sistemico di tipo familiare, dal punto di vista terapeutico è finalizzato al rafforzamento dell'autonomia dei

singoli membri e dei sottosistemi familiari riconoscendo, esprimendo e risolvendo i conflitti latenti interni attraverso la valorizzazione e lo sviluppo di ogni possibilità di crescita del sistema familiare in cui sono presenti i disturbi psicosomatici. Da un punto di vista psicodinamico, i disturbi psicosomatici possono essere considerati una mancata integrazione a livello simbolico durante lo sviluppo. La letteratura riporta l'efficacia della psicoterapia psicodinamica per il trattamento dei disturbi psicosomatici e somatoformi di tipo dermatologico, cardiovascolare e respiratorio (Lingiardi *et al.*, 2012). Il modello cognitivo-comportamentale, invece, si basa non tanto sul problema che nasce durante lo sviluppo, ma sulle attribuzioni cognitive del disturbo somatico e interviene attraverso una nuova ristrutturazione cognitiva con conseguente stile di *coping* adattivo a livello comportamentale, in relazione a come agire nei confronti del disturbo fisico. Le terapie cognitivo-comportamentali risultano efficaci nel trattamento dei sintomi somatici cronici in assenza di cause organiche come la sindrome dell'intestino irritabile e sindrome da fatica cronica, cefalea tensiva e fibromialgia (Vicino *et al.*, 2016). Vanno, inoltre, menzionate le terapie corporee intese come insieme di metodologie e di tecniche che si occupano delle relazioni tra mente e corpo, superando il dualismo e puntando all'integrazione. Fra queste vanno citate l'analisi Bioenergetica, la Psicoterapia a Mediazione Corporea, la Tecnica Alexander e il Training Autogeno. Quest'ultimo in particolare si focalizza sul qui ed ora, sull'accettazione di quanto emerge spontaneamente e sulla capacità di autoregolazione dell'organismo. Frank (2013) suggerisce altre modalità di lavoro che possono essere utilizzate da chi vuole riattivare il proprio corpo in relazione: il *sensory awareness*, un'attività in cui si sperimenta un contatto consapevole con i propri sensi e il metodo Rosen, un tipo di massaggio finalizzato alla consapevolezza.

3. Lo sfondo e la difficile “situazione” di un mondo insicuro

Le relazioni nel tempo del COVID, delle guerre in Europa e nel mondo e dei disastri ambientali hanno cambiato coordinate, tutto è stato stravolto e traslato su piani differenti non più immediatamente (e corporealmente) accessibili. Ciò che era esperienza, sensi e contatto è diventato ancora di più virtualità, attesa e distacco (Cannavò, 2021). Il nostro esistere è cambiato: la respirazione, le sinapsi cerebrali e le connessioni cervello-corpo, lo *stress* accumulato e le fatiche percepite. L'essere umano ha cominciato a convivere con un profondo e costante stato di allerta e con un corpo provato da numerose somatizzazioni, dissociazioni e paure di impazzire (Trombetta *et al.*, 2022; Ben-Ezra *et al.*, 2021; De Nardi *et al.*, 2021).

Come psicoterapeuti della Gestalt siamo preoccupati dall'aumento dei disturbi psicosomatici, dalla desensibilizzazione del contatto, dalla perdita di spontaneità nell'incontro con l'altro e dall'assenza di presenza ai sensi, tutte risposte adattive messe in atto dal nostro sé per proteggersi da esperienze traumatiche (COVID, guerre, disastri ambientali) così devastanti. Il movimento, il sentire corporeo e il nostro contattare l'ambiente sono certamente mutati in questi anni sul piano della dimensione spazio-temporale e sul piano degli scopi, così come sono state rivoluzionate le nostre consapevolezze, le nostre ispirazioni ed espirazioni e le modalità con cui oggi entriamo in relazione con l'altro. C'è stata una perdita di consapevolezza che ha avuto origine nel momento in cui abbiamo iniziato a congelarci, a isolarci, a "chiuderci dentro". La persona traumatizzata arriva a non essere più in grado di danzare flessibilmente le competenze relazionali (Spagnuolo Lobb, 2011a) ma si irrigidisce facendo sempre esperienza di una sola modalità di contatto, fissa e solida.

L'esperienza dello sfondo, in psicoterapia della Gestalt, funziona come un sostegno alla creazione delle figure percettive ed è a sua volta influenzata dalle esperienze della figura. Come possiamo definire lo sfondo? Polster E. e Polster M. (1986, p. 30) lo definiscono come una condizione fenomenologica che «fornisce il contesto che permette la profondità con cui è percepita la figura». Per Melnick e Nevis (1998, p. 98) «lo sfondo consiste in tracce dell'esperienza, la storia e la fisiologia».

Date queste due definizioni, consideriamo lo sfondo come il sentimento acquisito del corpo e dei ruoli sociali; è la situazione data su cui l'io può determinarsi su cosa identificarsi e da cosa alienarsi (Spagnuolo Lobb e Cavalieri, 2021).

4. È il disturbo psicosomatico il migliore adattamento possibile? La Gestalt e i disturbi psicosomatici

Secondo Clemmens *et al.* (2013) «il lavoro corporeo della psicoterapia della Gestalt differisce dalle terapie corporee per il fatto che si focalizza sull'esperienza momento per momento nel suo dispiegarsi nel qui ed ora, non soltanto del paziente, ma anche del terapeuta» (p. 17). Secondo Spagnuolo Lobb (2013), inoltre, «l'idea che l'esperienza corporea si stabilisca al confine di contatto tra terapeuta e paziente, nel qui ed ora dell'incontro terapeutico, ci libera da una modalità intrapsichica, che vede il corpo come "contenitore" di emozioni e conflitti che il paziente porta in terapia» (p. 48). In psicoterapia della Gestalt viene pertanto sostenuto il senso relazionale e intersoggettivo del lavoro corporeo: oltre alla centralità della relazione, il punto cardine del

lavoro corporeo da un punto di vista gestaltico è l'olismo mente-corpo. Sostengono a tal proposito Perls *et al.*: «Nell'atto del contatto vi è un insieme singolo di percezione e sensazione che contemporaneamente dà luogo al movimento» (1997, p. 69) e ancora: «...la realtà è data da un'unità di consapevolezza, risposta motoria e di sentimenti» (Perls *et al.*, 1997, p. 83). Anche per Kepner (1997), gestaltista contemporaneo, che si occupa di *body work*, vale il rovesciamento del sillogismo cartesiano in «ho sensazioni, dunque, sono» (p. 113); è la nostra possibilità di sentire che dà conferma della nostra esistenza. Secondo Kepner (1997), nel lavoro con il corpo, esso non va modificato, ma favorito nel suo processo integrativo e nella sua relazionalità. Sostiene a tal proposito che «a differenza delle terapie corporee che tentano di vincere la resistenza e le difese, l'approccio della Gestalt mira a integrare le parti del Sé, piuttosto che far sì che una parte domini sull'altra» (Kepner, 1997, p. 89). Infatti, come sostiene Frank (2013), Laura Perls ci ha insegnato molto bene che la resistenza del paziente è stata un'assistenza nel passato. Per concludere, secondo Némirivsky (2014):

è importante innanzitutto chiarire che è impossibile “curare” un sintomo in senso puramente medico poiché un sintomo è uno strumento di autoregolazione. Non è un'infezione che proviene dall'esterno e che perciò deve essere scacciata dal corpo. Dobbiamo invece aiutare il paziente a trovare un nuovo modo di autoregolarsi che gli permetta di soddisfare più pienamente i propri bisogni (p. 622).

Oltre all'autoregolazione e all'integrazione del sé, è fondamentale considerare due aspetti cruciali che influenzano il processo terapeutico: l'alessitimia e l'interocezione. L'alessitimia, come descritta da Nemiah *et al.* (1976), rappresenta l'incapacità di riconoscere e verbalizzare le emozioni, ostacolando così la consapevolezza emotiva del paziente. Questo limite compromette la sua capacità di entrare in contatto pienamente con la propria esperienza corporea ed emotiva, riducendo l'efficacia del processo terapeutico. In parallelo, l'interocezione, che Craig (2002) descrive come la percezione degli stati corporei interni, gioca un ruolo centrale nel consentire al paziente di riconoscere le proprie sensazioni fisiche.

Nella psicoterapia della Gestalt, questi due elementi si intrecciano strettamente al lavoro corporeo: mentre l'alessitimia può ostacolare l'espressione delle emozioni vissute, il miglioramento dell'interocezione facilita il contatto con il proprio corpo, promuovendo l'integrazione di emozioni e sensazioni. Come affermato da Perls *et al.* (1997), «la realtà è data da un'unità di consapevolezza, risposta motoria e di sentimenti» (p. 83) e proprio attraverso questa consapevolezza somatica e interpersonale, il paziente può giungere a una

maggior integrazione del sé. In tal senso, il lavoro corporeo gestaltico diventa uno strumento chiave per facilitare questo processo, consentendo al paziente di trovare un nuovo equilibrio nella sua autoregolazione.

5. Il sé nei disturbi psicosomatici in relazione agli aspetti neuroendocrini

Il sintomo psicosomatico è una forma retroflessa di contatto con l'ambiente (Némirivsky, 2014). È la conseguenza di una retroflessione corporea data dalla desensibilizzazione del contatto. Il sintomo d'organo diventa l'unico appello possibile in un campo relazionale, appartiene al *tra* (Iaculo, 2014). «Un sintomo psicosomatico è la migliore soluzione possibile di un problema che appartiene al *tra*, forse di rabbia (o altro) retroflessa perché l'altro è percepito fragile» (Spagnuolo Lobb, 2013, p. 46).

Quando un bisogno viene frustrato o viviamo una situazione di pericolo, l'intero organismo reagisce a livello somatico, emotivo e cognitivo e il comportamento ne è condizionato. In una semplice reazione da stato di allarme, il sistema dei recettori e dei propriocettori reagisce in maniera da provocare un irrigidimento muscolare (Perls *et al.*, 1997). Il corpo narra la storia di schemi relazionali appresi nel proprio percorso di vita, è il luogo di accadimento fenomenico dell'attualità della relazione e il grembo per la nascita del desiderio di raggiungere l'altro o di essere raggiunto (Kepner, 1997). «Il corpo è l'organo di contatto per eccellenza, che raccoglie sia la memoria dei contatti precedenti che la creazione dei contatti attuali» (Spagnuolo Lobb, 2011a, p. 95). Pertanto, se il campo non ci permette di trovare un buon adattamento alla situazione stressante e il nostro organismo è costretto a prolungare il funzionamento del sistema inibitorio dell'azione, il corpo assorbe il nostro non avere più fiducia nell'ambiente (COVID, trauma, mancanza dell'altro, aumento degli episodi di aggressività) accentuando quindi lo stato di preoccupazione, tensione e disorientamento.

Il lavoro con i nostri pazienti è spesso un sostegno a vivere il rischio del nuovo, nell'esplorare territori del sé fertili e fecondi in novità a seconda del tempo e della relazione in cui si è inseriti (Borino, 2013) assicurandoli che non succederà nulla di grave. Ogni irrigidimento corporeo è una disfunzione della *funzione es*, ossia il corpo entra in contatto con l'ambiente con meno spontaneità (Borino, 2013). La sofferenza legata alla mancanza di libertà ed espressione di sé, porta alla retroflessione ansiogena. Si creano gesti mancati e incompiuti nel corpo con contatti non spontanei e interruzioni di intenzionalità di contatto. La *funzione io* riguarda la capacità di valutare e orientarsi nelle decisioni, mediando tra i vissuti che provengono dall'esperienza in atto e le disposizioni della funzione personalità, come capacità di fare contatto

con l'ambiente sulla base della definizione che si ha di sé (Spagnuolo Lobb, 2011b), in un movimento continuo di identificazione o alienazione rispetto agli elementi presenti nel campo. Il corpo grazie alle sue percezioni e alle sue intenzionalità può sostenere un “movimento d'esistenza” (Cavaleri, 2013) che dà forma e unità alla propria storia e alla propria vita, riattivando un “io posso” che si trasforma al confine di contatto. I nostri corpi sono fatti per capirsi l'uno con l'altro a un livello neurologico, incarnato e anche esperienziale (Staemmler, 2005). Non c'è una realtà psichica precedente che poi “diventa carne”, ma una modalità di entrare in contatto con l'ambiente che è corporea. Una considerazione più ampia del concetto di malattia, necessaria a causa dell'accumularsi di evidenze empiriche in questa direzione, implica un ripensamento tanto della medicina quanto della psicologia in un'ottica di integrazione delle variabili biologiche, psicologiche e sociali clinicamente significative nel determinare l'espressione della patologia somatica. Di fronte allo stress abbiamo una fase di allarme, una fase di resistenza e una fase di alterazione patologica che porta al progressivo esaurimento della produzione di cortisolo tale da causare modifiche chimico/strutturali dello stomaco, con produzioni di ulcerazioni gastriche (Selye, 1956; Cannon, 1920). Cellule immunitarie, fibre nervose sensoriali, vasi sanguigni, fibre neurovegetative sono interconnesse attraverso neuropeptidi e citochine (Bottaccioli F. e Bottaccioli A.G., 2022). Non c'è organo che non venga monitorato dal sistema immunitario, che si comporta da grande sistema fisiologico che influenza ed è influenzato dagli altri sistemi regolatori (Sistema Nervoso e Neuroendocrino). Al fine di definire il rapporto tra corpo e ambiente, riteniamo utile mostrare le interazioni tra sistema nervoso, sistema immunitario, organi e ambiente/altro (Bottaccioli F. e Bottaccioli A.G., 2022):

1. sistema tuberо infundibolare (limbico sottocorticale all'ipotalamo) via del piacere, il contatto, il corteggiamento;
2. sistema periventricolare (sistema limbico-ipotalamico) via dell'attacco fuga in caso di pericoli vari.

Sono entrambe collegate al mesencefalo per permettere il collegamento viscerale. L'ipotalamo controlla le secrezioni viscerali, ormonali e il comportamento mentre il sistema limbico (amigdala, ippocampo e setto) integra la percezione ambientale, la memoria, la retroazione viscerale e le influenze ormonali per regolare l'ipotalamo. Queste sono due vie che si attivano quando l'animale reagisce in modo solerte.

Laborit (1986) ha introdotto una terza via che si chiama SIA (Sistema di Inibizione dell'Azione) un sistema che ci salva, che deve agire per breve tempo al fine di favorire una nuova azione. Nei disturbi psicosomatici, il SIA assume un ruolo centrale, manifestando un funzionamento distorto e patologico. Questo si riflette in un'alterazione multipla che coinvolge il sistema

motorio, ormonale ed immunitario. Va notato che l'organo principale coinvolto nello *stress* può variare da individuo a individuo. Ciò che emerge è una sensazione di limitazione nei movimenti e una diffidenza verso l'ambiente circostante. Spesso ci troviamo a bloccare le nostre azioni, compromettendo la nostra vitalità. Al rientro a casa, ci lasciamo anestetizzare dalla passività di televisione e dispositivi mobili, mentre l'aumento di adrenalina, noradrenalina e cortisolo contribuisce a questa sensazione di sopore. Se il SIA è attivato, noradrenalina e cortisolo bloccano ancora di più l'azione, con la conseguenza di un aumento della pressione, riduzione delle difese immunitarie e disarticolazione del movimento diminuendo la produzione delle proteine e degli enzimi. Il modello appena presentato si intreccia molto bene con la teoria polivagale di Porges (2018), la quale offre una chiave di lettura per comprendere il malessere dei pazienti in un'ottica relazionale, mettendo l'accento sui meccanismi fisiologici implicati nei processi di adattamento tra organismo e ambiente. Senza una sensazione di sicurezza, è difficile instaurare relazioni significative o mantenere un equilibrio emotivo, poiché il corpo e la mente sono occupati nella difesa dell'organismo. In mancanza di sicurezza, l'energia vitale, il metabolismo e persino il battito cardiaco sono deviati verso il mantenimento dello stato di allerta e difensivo, impedendo la piena espressione delle funzioni fisiologiche e psicologiche ottimali.

Porges (2018) introduce il concetto di "neurocezione" come base neurofisiologica per il sé. Essa è la capacità, al di fuori dalla nostra consapevolezza, di scandagliare il grado di minaccia presente nell'ambiente e di reagire a livello di Sistema Nervoso Autonomo in modo gerarchico. In caso di attivazione cronica del simpatico, avvengono delle modificazioni fisiologiche che possono alla lunga manifestarsi come disfunzioni somatiche (psicosomatica) e persino malattie degenerative. A volte sembra esistere correlazione tra la scelta dell'organo e la struttura caratteriale o la costellazione emotiva (*funzione personalità, funzione es*) come se ci fosse una connessione tra l'organo e la storia della persona. Un intervento clinico efficace deve favorire la percezione dell'ambiente come sicuro, in modo da determinare una condizione di benessere fisico e mentale che si traduce nella capacità di saper regolare il proprio stato psicofisiologico e attivare un campo situazionale che favorisca la co-creazione. I *pattern* e i profili autonomici possono essere rimodellati e questo sicuramente infonde speranza.

La neurocezione è sottocorticale, è inconsapevole e può essere modificata attraverso la percezione, la presenza e la co-regolazione che sono elementi fondanti della Conoscenza Relazionale Estetica (Spagnuolo Lobb, 2020). «Tramite la neurocezione siamo in grado di distinguere dei segnali sensoriali provenienti sia dalle viscere sia dall'ambiente, che ci aiutano a determinare sicurezza, minaccia e pericolo, monitorando le connessioni con altri sistemi»

(Taylor, 2016, p. 215). L'obiettivo è l'integrazione dell'esperienza propriocettiva (dentro di me) con l'esperienza esteroceettiva (fuori di me) che rappresenta la funzione integrante del sé. Nella prospettiva gestaltica ogni relazione con l'altro costituisce sempre una esperienza "incarnata", intensamente vissuta sul piano "estetico", incessantemente mediata e attivata dai canali percettivi, dagli organi di senso (Spagnuolo Lobb, 2011b). Il campo di Perls è una realtà "vissuta" nella carne, sempre sperimentata nel qui ed ora del confine di contatto organismo/ambiente, attraverso la struttura scheletrico-muscolare del corpo, attraverso la pelle e i suoi incavi, gli organi di senso.

6. Un caso clinico: la pelle che si infiamma¹

Riteniamo importante e utile al fine di comprendere meglio l'approccio della Conoscenza Relazionale Estetica nei disturbi psicosomatici, raccontare brevemente la storica clinica di C. e l'intervento terapeutico effettuato.

C. è una ragazza di 25 anni e da 3 anni soffre di orticaria. Ha effettuato visite con diversi specialisti (dermatologi, internisti, allergologi), ma nessuno è riuscito a risolvere il suo problema; addirittura, in alcuni casi, l'utilizzo dei farmaci abitualmente usati ha peggiorato la situazione, per effetti collaterali sul suo corpo o stato di veglia.

Non vengono riferite allergie e sono stati indagati tutti i fattori conosciuti che possono scatenare questa reazione. Dalla scheda clinica emerge che C. non fa uso di sostanze, ha un'alimentazione sana e pratica attività fisica con costanza. Non vengono, inoltre, riferite attività tali da scatenare reazioni istaminergiche o simili. Studia all'università dove però ultimamente ha parecchie difficoltà a causa dell'esacerbazione della patologia che non le permette di vivere bene l'incontro con l'altro. Di seguito vengono riportati alcuni frammenti significativi del dialogo terapeutico.

C: Non riesco a sentirmi bene in mezzo agli altri, sento il mio corpo prendere fuoco e mi vergogno di farmi vedere piena di chiazze.

T: Immagino la tua difficoltà e il tuo imbarazzo, ma sono contento che tu sia qui e possiamo parlarne.

C: Sì, ma neanche lei riuscirà a capire qual è il problema, nessuno lo capisce! Io mi sono rassegnata.

¹ Il caso clinico qui presentato è stato seguito da Michele Cannavò.

T: Certo non deve essere stato facile girare per così tanti medici e non avere mai risultati, un po' sento la responsabilità di essere l'ultima spiaggia per te.

C: Esattamente, e so come finirà! E poi io non sono pazza, non capisco perché sono qui.

C. è molto sfiduciata, il suo corpo è piegato in avanti, poggia spesso le mani sulle ginocchia e indossa sempre dolcevita per nascondere quello che accade alla sua pelle. Nei primi periodi ho sentito la pesantezza dei nostri incontri e la sua totale sfiducia nel mondo medico e psicologico. C. ha avuto pochissime relazioni, soffre inoltre di rettocolite ulcerosa e riferisce molta ansia anticipatoria prima di ogni cosa.

Dalla scheda clinica non emergono patologie psichiatriche pregresse, né eventi che appartengono al *cluster* dei traumi. L'aspetto relazionale è condizionato da questo malessere e mi riferisce che ultimamente ha perso molti amici a causa della sua vergogna che la porta ad auto-emarginarsi, nonostante lei cerchi di nascondere con l'abbigliamento le sue reazioni epidermiche improvvise.

Gli incontri si sono susseguiti per circa tre mesi senza riduzione della patologia e con diversi momenti di blocco e difficoltà a trovare una direzione buona per co-creare momenti di spontaneo contatto. Ho sempre sentito il suo giudizio e la sua rassegnazione oltre a un atteggiamento restio nei confronti del maschile.

C: Penso che voi uomini siate davvero delle persone di cui non ci si può fidare, non mi sono mai fidata degli uomini e non penso che mai lo farò. Mi avete sempre deluso, in primis mio padre.

T: Capisco e sento la tua rabbia forte, non so in che modo io oggi possa averti fatto arrabbiare ma sono qui e sono pronto ad ascoltarti.

C: Lei fa il suo lavoro, non ha motivo di farmi arrabbiare. Ma rimane un uomo e magari fuori da qui chissà...

Questo è uno dei tanti momenti in cui ho sentito la sua provocazione, ma anche un tentativo di essere raggiunta. La sua vita, oltre l'orticaria, era molto povera di relazioni e soprattutto ho sentito sempre molta rabbia nel campo. Una rabbia che l'ha portata a chiudersi e a perdere la sua spontaneità nei confronti dell'altro, soprattutto nell'età adulta e da quando qualche uomo ha cercato di raggiungerla.

C. vive con sua mamma, genitori separati, suo padre è assente da sempre. Mi racconta che si sono separati quando lei aveva 2 anni e non lo ha mai più

visto né sentito se non per alcune feste. Non è facile per lei parlare della sua famiglia, ogni qual volta ho tentato di chiedere si è sempre irrigidita e mi ha deviato su altro o mi ha riportato sul suo problema.

C: Io sento la mia pelle esplodere, sento una forma di elettricità che non riesco a sopportare. Non so cosa fare, e a volte devo pure grattarmi. Dottore io sto malissimo e non capisco perché siamo qui a parlarne, tanto non c'è speranza per me.

In questi momenti ho sentito forte un senso di smarrimento, ma anche tutto il suo dolore; anche io in alcuni momenti ho pensato di non essere la persona adatta a lei. Ma lentamente ho cercato di co-creare un luogo sicuro dove lei avrebbe potuto fidarsi, raccontarsi e sperimentare passi coraggiosi.

Dopo qualche mese di terapia mi ha raccontato che l'inizio dell'orticaria è avvenuta qualche settimana dopo che il padre aveva deciso di ricreare una relazione con lei. Questa notizia, condivisa in una seduta durante la quale avevamo lavorato con le immagini sulla storia della sua vita, creò in me, in quel momento, un forte senso di tensione, ma anche di curiosità.

Per la prima volta sentivo un po' più di fiducia nel campo – dopo tante sedute in cui avevamo lavorato molto sulla sua *funzione es* – e nel ricreare uno spazio sicuro e di fiducia. Potevo sostenere la sua intenzionalità di raggiungermi ed essere raggiunta. Ma l'evento che maggiormente mi dava indicazioni sulla natura relazionale, situazionata e corporea della sua orticaria, fu quando durante una seduta mi permisi di avvicinare la mia sedia alla sua dopo avere ascoltato il racconto di un evento grave nella sua vita. Lì nuovamente, dopo un periodo di relativo benessere, le esplose, in seduta, l'orticaria nel collo e nelle braccia.

C: Mi dispiace, mi dispiace non lo so che mi sta accadendo, pensavo che andasse meglio, pensavo che fosse passato tutto e invece ri-eccola... mi odio, odio il mio corpo. Ha fatto bene a lasciarmi P., odio tutti gli uomini e la loro presenza!

In quel momento ho sentito nel mio corpo dolore e una grande preoccupazione, ma soprattutto tutta la sua sofferenza nel non potere accettare la presenza dell'altro. C. nel corso della sua storia di sviluppo ha generato una pelle ipersensibile al contatto, un confine invalicabile che si accende appena qualcuno si avvicina. Un confine che non ha permesso più a nessuno di esserci "troppo", compreso me. Mi ero avvicinato senza chiederle se potevo e senza sincronizzarmi/sintonizzarmi con il suo volere. Le ho chiesto cosa stava succedendo e nel ri-allontanarmi ho sentito il suo e il mio sollievo.

Da lì in poi ci fu una reciproca consapevolezza sulla possibilità di modulare la presenza e la vicinanza anche nei momenti di particolare bisogno e

dolore. Un processo che, seduta dopo seduta, ci ha permesso di co-regolare la giusta distanza: abbiamo imparato a non dare mai per scontato dove potevamo stare l'uno rispetto all'altro. Una fiducia nel campo e nella situazione che ha caratterizzato i nostri incontri di volta in volta.

Dopo qualche mese, con questa nuova direzione e reciproca intenzionalità, C. migliorò tanto e riuscì a iniziare una relazione che la portò ad avere una gravidanza.

C: Dottore come sta? Oggi le voglio chiedere di avvicinarsi e prendermi le mani perché la volevo ringraziare per tutto quello che abbiamo fatto insieme!

T: C., ti ringrazio per il tuo chiedermi e lo faccio volentieri. Io sto bene e sono certo che anche voi due state bene!

Quella è stata la nostra ultima seduta e dopo quasi un anno C. mi mandò una foto di lei con in braccio il suo bambino dicendomi che si sentiva guarita e che oggi la sua pelle era sensibile ma calma e piena di un'energia nuova che le permetteva di sentire e vivere finalmente il mondo in modo diverso.

7. La Conoscenza Relazionale Estetica nei disturbi psicosomatici

La Conoscenza Relazionale Estetica (Spagnuolo Lobb, 2017) può aiutare nella presa in carico dei disturbi psicosomatici, nella misura in cui l'altro viene compreso nel campo relazionale e accolto nella sua specificità. La comprensione dell'altro avviene attraverso processi empatici e di risonanza, oltre che di consapevolezza corporea. Il disturbo psicosomatico va intanto conosciuto nel modo in cui il paziente lo vive e lo esprime nel campo terapeutico, osservando il momento in cui si sviluppa e il senso relazionale che acquisisce nel qui ed ora. Sentire il modo attraverso il quale il paziente vibra e fa risuonare il corpo del terapeuta favorisce una maggiore comprensione del campo che si sta co-costruendo e il sintonizzarsi nella danza relazionale per mettere in atto dei passi insieme.

La sofferenza corporea del paziente costituisce un elemento del campo che si permea di sentire reciproco e di condivisione. L'esperienza psicoterapica diventa un'occasione per riconoscere la bellezza che ogni sofferenza cela, con il suo sacrificare una propria spontaneità per risolvere situazioni difficili. Cogliere il qui ed ora doloroso, sentire l'altro attraverso la vibrazione del proprio corpo, costituisce una possibilità co-creativa di cura.

Nella descrizione precedente, il terapeuta sente nel proprio corpo il dolore della paziente che attraversa il campo terapeutico. L'intuizione di un movi-

mento da effettuare reciprocamente, tendendo la mano e proponendo di “danzare” insieme, nasce dalla consapevolezza del terapeuta del campo sofferente condiviso. In particolare, con i disturbi psicosomatici, gioca un ruolo sostanziale l’empatia incarnata del terapeuta che rivitalizza la relazione e permette di dare voce e movimento a ciò che si cristallizza nel corpo e lo rende rigido. In termini fenomenologici il terapeuta si sente parte del campo esperienziale del paziente e utilizza la propria risonanza per conoscere “l’altra faccia della luna” della sofferenza della paziente (Spagnuolo Lobb, 2021).

Nell’esempio clinico, questo tipo di risonanza, che considera il campo fenomenologico, ha consentito al terapeuta di sostenere la vitalità della paziente “bloccata” dal disturbo psicosomatico (Maggio, 2023). Attraversare il dolore, riconoscendone la bellezza, ha permesso al terapeuta di stare al confine di contatto con la paziente facendosi guidare dalla consapevolezza. Sentire “sulla propria pelle” il vissuto della paziente ha favorito il sostegno dell’intenzionalità, del suo *now-for-next*, e dunque la riformulazione di nuovi adattamenti creativi relazionali.

8. Conclusioni

Negli ultimi anni, ha preso forma un’esperienza psicologica nota come “climate anxiety” o “eco-anxiety”, caratterizzata da una “paura cronica della rovina ambientale” (Clayton *et al.*, 2017). Parallelamente, l’invasione dell’Ucraina da parte della Russia il 24 febbraio 2022 ha scosso profondamente l’equilibrio europeo, danneggiando la “dimensione fraterna” (Reposi e Conte, 2022) e la dignità umana (Jacobs, 2020). Entrambi questi eventi hanno provocato il crollo delle “sicurezze scontate” che tradizionalmente costituivano lo sfondo dell’esperienza psichica, coinvolgendo anche gli psicoterapeuti nel loro vissuto (Velykodna, 2021). L’attuale momento storico, definibile come un “trauma collettivo” (Taylor, 2020), ha colpito anche gli psicoterapeuti, siano essi impegnati in terapie *online* o in presenza. La complessità del presente ha rivelato un’impreparazione diffusa nel gestire le sfide psicologiche ed emotive, richiedendo un adattamento rapido e significativo nella pratica terapeutica (Frank, 2020). Diventa importante, ai fini di una sana integrazione, osservare tutte le esperienze nel loro complesso – siano esse di natura fisica, mentale, sensoriale, emotiva o verbale – dal momento che è dal funzionamento unitario di “corpo” e “mente” e “ambiente” che emerge un processo figura-sfondo vivo.

Ogni storia necessita di un testimone attento e compassionevole a cui consegnarla, rendendo possibile una nuova narrazione attraverso la presenza, non solo simbolica, ma di un vero e proprio “corpo empatico” (Auerhahn e

Prelinger, 1983). Fornire un contesto, creare un significato nuovo e attuale nelle connessioni narrative dell'esperienza renderà il dolore meno dominante e permetterà a nuove figure di emergere dallo sfondo, sostenendo la tensione verso il futuro, piuttosto che una staticità nel passato: nuovi germogli su antiche radici.

Occorre continuare a nutrire curiosità verso l'altro, domandandosi dove sia finita, dove sia nascosta, dove viva con dignità la sua sofferenza psicologica, la sua privazione sociale e (a volte) materiale nel tentativo di raggiungerlo e tendergli la mano. La pelle grazie alla capacità di regolarci nella relazione e nella presenza, potrà permetterci di proteggere/ci e contemporaneamente sentire l'"elettricità" dell'altro (Cannavò, 2021). La nostra inesauribile fiducia nell'essere umano e nelle relazioni ci rassicura sul fatto che nessun processo è irreversibile, che nessuno è solo né irraggiungibile. È possibile fondare le relazioni interpersonali sulla reciprocità e creare cambiamenti nel nostro assetto mente-corpo (Cavaleri, 2015, pp. 162-163), anche dopo un simile distacco (Cannavò, 2021).

Michele Cannavò: Psichiatra, Psicoterapeuta della Gestalt, Ph.D., Docente presso Università degli Studi della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Catania, Docente e supervisore internazionale presso Istituto di Gestalt HCC Italy, Collaboratore University of California.

Dario Davi: Psicologo, Psicoterapeuta della Gestalt, Ricercatore presso Università degli Studi Niccolò Cusano di Roma.

Brenda Cervellione: Psicologa, Psicoterapeuta della Gestalt, Terapeuta EMDR II Livello. Ph.D. *Candidate* (M-PSI/08) presso Università degli Studi di Enna "Kore".

BIBLIOGRAFIA

- Alexander F. (1977). *Medicina Psicosomatica*. Firenze: Giunti Barbera (ed. or.: *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. W.W. Norton & Company, 1950).
- American Psychiatric Association (2001). *DSM-4-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson (ed. or.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000).
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore (ed. or.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, TX: American Psychiatric Association, 2013).
- Auerhahn N.C., Prelinger E. (1983). Repetition in the Concentration Camp Survivor and her Child. *International Review of Psycho-Analysis*, 10, 1: 31-46.
- Ben-Ezra M., Hamama-Raz Y., Goodwin R., Leshem E., Levin Y. (2021). Association Between Mental Health Trajectories and Somatic Symptoms Following a Second Lockdown in Israel: A Longitudinal Study. *BMJ open*, 11, 9: e050480. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-050480

- Borino T. (2013). Il Training Autogeno in psicoterapia della Gestalt. Rilassamento, consapevolezza, vitalità. *Quaderni di Gestalt*, XXVI, 1: 109-123. DOI: 10.3280/GEST2013-001009
- Bottaccioli F., Bottaccioli A.G. (2022). *Fondamenti di Psiconeuroendocrinoimmunologia. Introduzione alla scienza che studia le relazioni mente-corpo*. Milano: Red edizioni.
- Breuer J., Freud S. (1892-1895). Studi sull'isteria. In: *Opere, vol. II*. Torino: Bollati Boringhieri. (ed. or.: Über den psychischen Mechanismus Hysterischer Phänomene. *Wien Med Presse*, 34: 121-126).
- Cannavò M. (2021). Emozioni e relazioni al tempo della fase due: il tatto visivo come strumento di contatto. *Newsletter Eagt*, 37. Testo disponibile al sito: <https://eagtoffice.sharepoint.com>
- Cannon W.B. (1920). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Whitefish, MT: Kessinger Publishing.
- Cavaleri P.A. (2013). L'esperienza percettiva. Una passione condivisa. In: Cavaleri P.A., a cura di, *Psicoterapia della Gestalt e neuroscienze. Dall'isomorfismo alla simulazione incarnata*. Milano: FrancoAngeli.
- Cavaleri P.A. (2015). *La profondità della superficie. Percorsi introduttivi alla psicoterapia della Gestalt*. Milano: FrancoAngeli.
- Clayton S., Manning C., Krygsman K., Speiser M. (2017). *Mental Health and Our Changing Climate: Impacts, Implications, and Guidance*. Washington, DC: American Psychological Association and ecoAmerica.
- Clemmens M., Frank R., Smith E. (2013). Esperienze somatiche e disfunzioni emergenti: un dialogo. *Quaderni di Gestalt*, XXVI, 1: 9-28. DOI: 10.3280/GEST2013-001002
- Craig A.D. (2002). How Do You Feel? Interoception: The Sense of the Physiological Condition of the Body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 8: 655-666.
- De Nardi L., Abbracciavento G., Cozzi G., Ronfani L., Viola I., Bigolin L., Trombetta A. (2021). Adolescents with Somatic Symptom Disorder Experienced less Anxiety and Depression than Healthy Peers During the First COVID-19 Lockdown. *Acta paediatrica*, 110, 8: 2385-2386. DOI: 10.1111/apa.15877
- Engel G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 4286: 129-136.
- Frank R. (2013). *Body of Awareness: A somatic and Developmental Approach to Psychotherapy*. Londra, UK: Taylor & Francis.
- Frank R. (2020). Developing Presence Online. *The Humanistic Psychologist*, 48, 4: 369-372. DOI: 10.1037/hum0000208
- Jacobs L. (2020). Hope, Dread, and Dignity when “now for next” has collapsed. *The Humanistic Psychologist*, 48, 4: 353-356. DOI: 10.1037/hum0000222
- Kepner J.J. (1997). *Body process. Il lavoro con il corpo in psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Body Process. A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy*. Hoboken, NJ: Jossey-Bass Inc., 1993).
- Iaculo G. (2014). L'approccio gestaltico ai disturbi psicosomatici. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli.
- Laborit H. (1986). *L'inibizione dell'azione*. Milano: Il Saggiatore (ed. or.: *L'Inhibition de l'Action*. Parigi: Masson, 1969).
- Lingiardi V., Gazzillo F., Genova F. (2012). L'efficacia delle terapie dinamiche: lo stato dell'arte della ricerca empirica. In: Caparrotta L., Cuniberti P., a cura di, *Psicoanalisi in trincea. Esperienze, pratica clinica e nuove frontiere in Italia e nel Regno Unito*. Milano: FrancoAngeli.
- Maggio F. (2023). Il senso di vitalità in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, XXXVI, 2: 29-49. DOI: 10.3280/GEST2023-002003

- Melnick J., Nevis S.M. (1998). A Gestalt Therapy Approach. *Handbook of Experiential Psychotherapy*, 428.
- Minuchin P. (1985). Families and Individual development: Provocations from the Field of Family Therapy. *Child development*, 56, 2: 289-302. DOI: 10.2307/1129720
- Nemiah J.C., Freyberger H., Sifneos P.E. (1976). Alexithymia: A View of the Psychosomatic Process. In: Hill O.W., ed., *Modern trends in Psychosomatic Medicine*. London: Butterworths.
- Nemirinskij V. (2014). L'approccio gestaltico ai disturbi psicosomatici. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli.
- Perls F.S., Hefferline R.F., Goodman P. (1971; 1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. Roma: Astrolabio (ed. or.: *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York, NY: The Gestalt Journal Press, 1951; 1994)
- Polster E. e Polster M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Milano: Giuffrè (ed. or.: *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory and Practice* New York: Vintage, 1974)
- Porges S.W. (2018). *La guida alla teoria polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza*. Roma: Giovanni Fioriti (ed. or.: *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory. The Transformative Power of Feeling Safe*. New York, NY: W.W. Norton & Company, Inc., 2017).
- Reich W. (1996). Analisi del carattere. In: *Scritti Giovanili*, vol. 3. Milano: SugarCo (ed. or: *Charakteranalyse*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux, 1933).
- Repossi A., Conte E. (2022). Essere fratelli oggi: abitare il rapporto tra pari nella post-modernità. Riflessioni sullo sfondo sociale e sulle implicazioni terapeutiche. *Quaderni di Gestalt*, XXXV, 1: 29-46. DOI: 10.3280/GEST2022-001003
- Selye H. (1956). *The Stress of Life*. New York, NY: McGraw Hill.
- Spagnuolo Lobb M. (2011a). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2011b). In Dialogue with Donna Orange. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 7, 2: 5-14.
- Spagnuolo Lobb M. (2013). Il corpo come “veicolo” del nostro essere nel mondo. *Quaderni di Gestalt*, XXVI, 1: 41-65. DOI: 10.3280/GEST2013-001004
- Spagnuolo Lobb M. (2017). La conoscenza relazionale estetica del campo. Per uno sviluppo del concetto di consapevolezza in psicoterapia della Gestalt nella clinica contemporanea. *Quaderni di Gestalt*, XXX, 1: 17-33. DOI: 10.3280/GEST2017-001003
- Spagnuolo Lobb, M. (2020). Dalla perdita delle funzioni-io ai passi di danza tra psicoterapeuta e paziente: fenomenologia ed estetica del contatto nel campo psicoterapeutico. *Quaderni di Gestalt*, XXXIII, 1: 21-40. DOI: 10.3280/GEST2020-001003
- Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A. (2021). Le situazioni psicopatologiche nella post-pandemia. La psicoterapia della Gestalt relazionale nei campi clinici emergenti. In: Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli.
- Staemmler F.M. (2005). On Macaque Monkeys, Players, and Clairvoyants: Some New Ideas for a Gestalt Therapeutic Concept of Empathy. *Studies in Gestalt Therapy*, 1, 2: 43-63.
- Taylor M. (2016). *Psicoterapia del trauma e pratica clinica. Corpo, Neuroscienze e Gestalt*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Trauma Therapy and Clinical Practice: Neuroscience, Gestalt and the Body*. Maidenhead, UK: Open University Press, 2014)
- Taylor M. (2020). Collective Trauma and the Relational Field. *The Humanistic Psychologist*, 48, 4: 382-388. DOI: 10.1037/hum0000215

- Trombetta A., De Nardi L., Cozzi G., Ronfani L., Bigolin L., Barbi E., Abbracciavento G. (2022). Impact of the First COVID-19 Lockdown on the Relationship with Parents and Peers in a Cohort of Adolescents with Somatic Symptom Disorder. *Italian Journal of Pediatrics*, 48: 104. DOI: 10.1186/s13052-022-01300-y
- Velykodna M. (2021). Psychoanalysis During the COVID-19 Pandemic: Several Reflections on Countertransference. *Psychodynamic practice*, 27, 1: 10-28. DOI: 10.1080/14753634.2020.1863251
- Vicino B., Ardito R.B., Romeo A., Torta R., Castelli L. (2016). La terapia cognitiva in psicosomatica: una proposta di intervento per la sindrome fibromialgica. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 38: 16-30. DOI: 10.3280/QPC2016-038002
- Winnicott D.W. (1945). Primitive Emotional Development. *The International Journal of Psycho-analysis*, 26: 137-143.