

Il vissuto del terapeuta nei campi dolorosi della psicoterapia*

The Therapist's Experience in the Painful Fields of Psychotherapy

Noemi Rovetto**

[Ricevuto il 9 marzo 2026]

Accettato per la stampa il 22 marzo 2026]

Abstract

This study aims to investigate the experience of the psychotherapists in regarding their contact with patients' pain, specifically addressing the question: what does it mean for the therapist to be constantly exposed to a patient's pain? What does it mean to become a sounding board for the pain of the other, experiencing it deeply and personally? Starting from these points, many other questions have developed: how much does the history of personal pain of the therapist affect their ability to support the pain of others? And again, how does the therapist manage all this without entering into confluent models that are not functional?

The relational and phenomenological field of psychotherapy is full of painful experiences that are shared in a unique and unrepeatable way by a specific therapeutic dyad; healing comes through authentically by staying with these experiences.

Starting from an analysis of the literature and the similarity between psychotherapist and wounded healer, the author proceeds to the construction of a questionnaire designed to investigate the therapist's experience in the "painful fields" of psychotherapy. The term "painful fields" underlines the relational value of the Gestalt approach and the reading of the phenomena from a field perspective.

The questionnaire consists of eight open-ended questions and was administered to trainers and students' trainers at the Gestalt Institute HCC Italy.

From the analysis of the responses to the eight questions, specific dimensions regarding therapists' experiences have been derived. These serve as points for reflection on the conducted investigation.

* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

** Istituto di Gestalt HCC Italy. Via S. Sebastiano 38, 96100 Siracusa. E-mail: noemi.rovetto@gmail.com

Note biografiche dell'autore in fondo al saggio.

Quaderni di Gestalt (ISSN 1121-0737, ISSN 2035-6994), XXXIX, n. 1/2026

DOI: 10.3280/qg2026-10a19317

The therapist's personal experience represents a resource both for being able to be with others' experiences of suffering, decoding these, making them integrable, and for being able to (when appropriate) use these in the service of others.

Keywords: Gestalt psychotherapy, Aesthetic Relational Knowledge, resonance, pain, phenomenological field.

Riassunto

Il presente articolo si propone di illustrare il vissuto dello psicoterapeuta a contatto con il dolore dei pazienti. Partendo dall'analisi della letteratura e dalla similitudine tra psicoterapeuta e "guaritore ferito", attraverso la costruzione e somministrazione di un questionario elaborato per indagare il vissuto del terapeuta nei campi dolorosi della psicoterapia, vengono individuate dimensioni comuni e macro-aree.

Da quanto emerso, sembra che il vissuto personale del terapeuta rappresenti una risorsa sia per poter stare con i vissuti di sofferenza altrui, decodificarli, renderli integrabili, sia per poterli (se opportuno) mettere al servizio dell'altro con autenticità.

Parole chiave: Psicoterapia della Gestalt, Conoscenza Relazionale Estetica, risonanza, dolore, campo fenomenologico.

1. La complessità dell'essere terapeuta

L'etimologia del termine terapeuta, dal greco *therapeia* (cura e guarigione), *therapeutès* (assistente) e *tèraps* (compagno), riflette la complessità delle sue molteplici accezioni.

Queste prime indicazioni descrivono una professione con peculiari caratteristiche che comportano la scelta di mettersi al servizio dell'altro avendo come finalità la cura, senza dimenticare di rimanere compagni di viaggio e condividere con il paziente uno dei più complessi, profondi e affascinanti viaggi dell'esistenza umana: quello all'interno di se stessi.

La figura dello psicoterapeuta è accostata al mito di Chirone¹ (il guaritore che non poteva guarire se stesso) come colui che può utilizzare il proprio dolore per raggiungere il dolore dell'altro e guarirlo, trasformarlo, lenirlo.

¹ Nella mitologia greca, Chirone è un centauro immortale figlio illegittimo di Crono e Filira. Rifiutato dai suoi genitori, fu allevato da Apollo e Atena e reso esperto in diverse arti e soprattutto nella medicina. Si narra che Chirone era molto saggio e che lo riempiva di gioia alleviare le sofferenze altrui. La sua fama di abile guaritore presto si diffuse, tanto che in molti accorrevano per chiedergli aiuto e consiglio (fu insegnante perfino di Asclepio, padre della medicina e di Eracle). Durante uno scontro tra centauri in cui Chirone si trovò coinvolto, fu colpito da una freccia che provocò una ferita incurabile. Nonostante le proprie conoscenze in campo medico, Chirone non poté guarire e – poiché immortale – rimase in un limbo di sofferenza fino a quando cedette con consapevolezza e altruismo la sua immortalità e fu asceso al cielo da Zeus: nacque così la costellazione del centauro.

Cosa significa utilizzare il proprio dolore per guarire quello dell'altro? Numerosi contributi teorici concordano nel ritenere che il vissuto di dolore del terapeuta rappresenti una via privilegiata di accesso al suo potere terapeutico (cfr. Carotenuto, 1998; Fabbrini, 2019; Rogers, 1986; Salvatore, 2023; Yalom, 2014). Riconoscere il dolore dell'altro, diventare cassa di risonanza, lasciarsi attraversare e riconoscere la ferita che, non chiudendosi mai totalmente, diventa strumento esistenziale per stare dentro la relazione e i campi sofferenti della psicoterapia. «Forse i guaritori feriti sono efficaci perché sono maggiormente in grado di provare empatia per le ferite del paziente; forse è perché partecipano in modo più profondo e personale al processo curativo» (Yalom, 2014, p. 113).

Le ricerche dimostrano che tra i terapeuti si registra un tasso più elevato di esperienze negative in età infantile rispetto ad altre categorie di professionisti e che tali esperienze rappresentano la motivazione più frequente alla base della scelta di intraprendere tale professione (Messina *et al.*, 2018).

Laura Perls, tra i fondatori della psicoterapia della Gestalt, sottolinea che un terapeuta «applica se stesso nella e alla situazione, con qualsiasi abilità professionale ed esperienza di vita che abbia accumulato ed integrato» (Perls L., 1990, p. 7).

Cosa significa utilizzare ed applicare se stessi in psicoterapia? Per rispondere a questa domanda è necessario fare i conti con un argomento per tanti anni dibattuto dalla psicoanalisi e che rientra a pieno titolo tra gli strumenti dello psicoterapeuta della Gestalt, anche se lo definisce in maniera differente: il *controtransfert*.

Il termine *controtransfert* viene utilizzato per la prima volta da Freud il 7 giugno 1909 all'interno di una lettera indirizzata a Jung e descritto successivamente all'interno dell'opera *Le prospettive future della terapia psicoanalitica* (1910); con tale termine veniva indicata la reazione personale dell'analista ai contenuti inconsci del paziente e la sua reazione al *transfert* dello stesso. Nel corso del tempo e specialmente negli ultimi anni, con la svolta relazionale in psicoanalisi, il *controtransfert* viene progressivamente inquadrato come possibile elemento informativo della relazione terapeutica e non come ostacolo (cfr. Ferenczi, 1932; 2025; Heimann, 1986; Mitchell, 1995; Ogden, 1994). Il concetto di *controtransfert*, uno degli strumenti principe in tutti gli approcci relazionali e psicodinamici, viene sviluppato nella psicoterapia della Gestalt con delle accezioni differenti: partendo dal presupposto che l'individuo non è mai separato dal suo contesto e che l'ottica con cui leggiamo i fenomeni è un'ottica di campo (Spagnuolo Lobb, 2011; 2024), tutto ciò che avviene nella relazione paziente-terapeuta è frutto di co-costruzione continua. Il terapeuta risuona all'interno del campo co-costruito con il paziente.

Tutto ciò che il terapeuta fa o dice in seduta è controtransfert. Quando il paziente mi pone una domanda, io organizzo le mie sensazioni e, tra i tanti modi di rispondere, scelgo quello che sento più giusto in quel momento. Se il contatto tra me e il paziente è sano, non c'è alcun problema: quel che io dico è utile alla terapia, perché io e lui formiamo un sistema intimo. (...) Vedete, l'intervento basato sul controtransfert è molto potente: nessun paziente potrà mai dirvi: "quello che dici non è vero" perché voi, esprimendo ciò che la situazione vi evoca, vi riferite ad un fatto non confutabile, a ciò che accade dentro di voi. Per questo, il buono o il cattivo uso di questo prezioso strumento dipende dal lavoro che abbiamo fatto su noi stessi (Nevis, 1989, p. 87).

Margherita Spagnuolo Lobb (2017) afferma che la risonanza del terapeuta insieme all'empatia incarnata² rappresentano i due strumenti di conoscenza fondamentali che il terapeuta gestaltico utilizza nel campo terapeutico; tali strumenti descrivono la Conoscenza Relazionale Estetica.

La Conoscenza Relazionale Estetica è lo strumento con cui il terapeuta risuona con il paziente durante la seduta, e anche la lente attraverso cui guarda alla situazione vitale del paziente, il sentimento che prova davanti al campo esperienziale in cui il paziente è immerso. Il sentire del terapeuta pertanto non è solo empatia, l'immedesimarsi nel vissuto del paziente, ma è anche risonanza, la reazione personale e sensibile al campo davanti al paziente, è "l'altra faccia della luna" del vissuto del paziente. Con essa il terapeuta riesce a vedere sia la bellezza, l'armonia e la grazia, con cui il paziente ha affrontato le situazioni difficili mantenendo l'intenzionalità di contatto verso le persone significative, sia la reazione dell'altro, il risuonare del campo (Spagnuolo Lobb, 2017, pp. 28-29).

Il terapeuta risuona nel campo co-costruito con il paziente, attraversa con lui il dolore al fine di modificarlo creativamente e giungere insieme ad un nuovo adattamento creativo. Risuonare con il paziente, adattarsi creativamente alla sofferenza, attraversare campi dolorosi e trasformarli, tutto ciò è stato spesso paragonato al fascino dell'opera d'arte (Polster, 2026), considerando lo psicoterapeuta come un artista che apprende ad «usare le qualità personali – anche, o soprattutto, quelle che gli sembrano negative e alla base della sua nevrosi – come risorse fondamentali di consapevolezza e di contatto terapeutico» (Spagnuolo Lobb, 1991, p. 7). Un rischio sempre dietro l'angolo per i terapeuti è il "rischio del contagio": lasciarsi attraversare continuamente dal dolore altrui cambia il terapeuta? Se sì, in che modo? Umberto Galimberti (2010, p. 31) sostiene che «fare il terapeuta voglia dire ammalarsi. Nessuno prende mai in considerazione la dimensione del contagio: i pazienti vengono

² La psicoterapia della Gestalt intende l'empatia incarnata come una comprensione dell'altro che non è eminentemente cognitiva, ma incarnata, che avviene al confine di contatto, luogo sensoriale ed esperienziale in cui accade il qui e ora della relazione (Rubino, 2011).

li non per guarire ma per ammalare anche te, perché mal comune mezzo gaudio».

Tuttavia, esiste una contaminazione terapeutica quando il terapeuta è adeguatamente formato, revisionato, supervisionato e quando abbandona l'idea narcisistica dell'“io ti salverò” a favore di un più realistico e sano “non ho paura di accompagnarti, per quanto il luogo possa essere buio e spaventoso, non so cosa troveremo, ma lo faremo insieme”.

Chiaramente questo esporsi alla contaminazione richiede al terapeuta una grande forza, fiducia nell'autoregolazione e una chiarezza al confine di contatto. Il terapeuta si assume il rischio e il coraggio di farsi contagiare: decide con coscienza di non fuggire davanti al “lebbroso”. Non tutti i terapeuti possono essere disponibili a farsi contagiare, è un rischio da valutare, una scelta del terapeuta che gli consente di entrare nei meandri più profondi della sofferenza umana (Spagnuolo Lobb, 2014, p. 70).

La contaminazione, il lasciarsi trasformare dal dolore dell'altro, rappresenta una bussola per il terapeuta ed una risorsa di accesso alla profondità dei vissuti, delle sofferenze, ma anche alle possibilità e risorse che ancora il paziente non è pronto a vedere.

L'azione terapeutica è influenzata sia dal modello teorico di riferimento che dall'esperienza personale del terapeuta. Sebbene non si possa prescindere dalla preparazione teorica, tecnica e metodologica, che costituisce il punto di inizio della formazione professionale di un terapeuta e che prosegue per tutta la vita, quando si parla di psicoterapia tutti concordano nel sottolineare che la personalità del terapeuta e le sue capacità relazionali rappresentano il fattore chiave che determina la qualità dell'incontro terapeutico.

L'aver attraversato molteplici esperienze arricchisce il terapeuta mettendolo a contatto con le sfaccettature dell'umana esistenza e gli dà modo di abitare molteplici polarità che si riflettono nelle esperienze di vita ed in se stesso. Fritz Perls (1995) sottolineava l'importanza dell'esplorazione delle dialettiche polari, tanto per il paziente quanto per il terapeuta. Se sono capace di abitare le mie diverse polarità, se queste sono accessibili perché integrate, anche l'esperienza che posso offrire al paziente sarà un'esperienza integrata che non ha paura di contemplare vissuti opposti e talvolta contraddittori. Giuseppe Sampognaro (2023) mette in evidenza l'importanza degli

aspetti personologici del terapeuta, con la sua sensibilità di base, con la sua fondamentale motivazione a prendersi cura dell'altro e con alcuni tratti attitudinali che possono – lungo il percorso formativo – affinarsi, ma che in qualche modo devono essere già presenti: la capacità di intuito, l'inclinazione all'ascolto, la curiosità genuina, il rispetto e soprattutto l'interesse nei confronti dell'Altro (p. 32).

Altro elemento fondamentale per il terapeuta è aprirsi alla possibilità di cambiare insieme al paziente (Pizzimenti, 2009). Donna Orange afferma che «ogni volta che accade qualcosa di importante, anche il terapeuta viene cambiato. E questo è un aspetto cruciale della mia visione del processo terapeutico. Anche il terapeuta viene cambiato dal processo terapeutico» (Orange, 2010, p. 21).

2. L'attraversamento dei campi dolorosi – Questionario e risposte

Nella mia indagine sul vissuto del terapeuta nei campi dolorosi della psicoterapia sono partita da una domanda molto generica: cosa significa per il terapeuta essere continuamente attraversato dal dolore altrui? E dunque cosa significa svolgere una professione in cui, per poter essere efficaci, si funge da cassa di risonanza per la sofferenza dell'altro?

Queste domande hanno guidato la mia tesi di specializzazione in psicoterapia della Gestalt³ e hanno portato alla costruzione di un questionario finalizzato ad una indagine esplorativa. Il questionario comprende 8 domande aperte ed è stato compilato da didatti ed allievi didatti dell'Istituto di Gestalt HCC Italy.

2.1. Le domande del questionario

Le domande del questionario sono state elaborate con lo scopo di esplorare il vissuto del terapeuta a contatto con il dolore dei pazienti. Partendo dalla prima domanda di carattere generale, si passa ad una esplorazione più specifica delle sfide, dei momenti di difficoltà e delle strategie utilizzate nella gestione del dolore altrui. Viene, inoltre, esplorato il modo in cui i terapeuti si prendono cura di se stessi dopo esser stati a contatto con situazioni di dolore intenso dei pazienti e quali risorse e supporti ritengono utili a tale scopo.

Infine, viene esplorato il modo in cui la storia personale del terapeuta influenza il modo di stare con il dolore altrui, compresa la possibile attivazione di ricordi personali.

Ecco le domande del questionario⁴:

1. Come descriveresti il tuo vissuto emotivo quando sei a contatto con il dolore dei tuoi pazienti?
2. Quali sono le principali sfide che incontri nel gestire il dolore dei pazienti durante le sessioni terapeutiche?

³ La tesi di specializzazione è stata guidata dal relatore Dott. Giuseppe Sampognaro.

⁴ Le domande del questionario non sono state sottoposte a validazione.

3. C'è mai stato un momento in cui hai trovato particolarmente difficile gestire il dolore di un paziente? Se sì, come hai affrontato questa situazione?
4. Quali strategie utilizzi per mantenere la tua empatica connessione con i pazienti senza farti sopraffare dal loro dolore?
5. Cosa fai per prenderti cura di te stesso dopo aver affrontato situazioni intense di dolore dei pazienti?
6. Hai mai avuto esperienze in cui il dolore dei pazienti ha attivato ricordi o reazioni personali in te stesso? In che modo hai gestito queste situazioni?
7. In che modo il tuo vissuto personale e la tua storia influenzano la tua risposta al dolore dei pazienti durante la terapia?
8. Quali sono le risorse o i supporti che ritieni utili per affrontare le sfide legate al dolore dei pazienti?

2.2. Il campione

Di seguito, alcuni dati sulla composizione del campione dell'indagine:

- numero terapeuti coinvolti: 22;
- età dei terapeuti: range da 32 a 72 anni;
- sesso: 6 uomini e 16 donne;
- anni di servizio come psicoterapeuta: range da 3 a 43 anni.

2.3. La somministrazione delle domande

Il questionario è stato inviato via mail ai didatti e agli allievi didatti dell'Istituto di Gestalt HCC Italy, esplicitando la finalità dell'indagine, con richiesta di risposta entro venti giorni.

2.4. Le risposte

Le risposte ricevute non sono state trattate con metodi statistici ma analizzate da un punto di vista qualitativo. Esaminando il contenuto verbale delle risposte a ciascuna domanda, sono state individuate le seguenti dimensioni, che illustrano un ventaglio di vissuti rispetto al dolore dei pazienti:

a) Come descriveresti il tuo vissuto emotivo quando sei a contatto con il dolore dei tuoi pazienti? Il vissuto emotivo dei terapeuti a contatto con il

dolore dei pazienti rappresenta un'esperienza profondamente personale, variegata e complessa, che assume molteplici sfaccettature. Tuttavia, possiamo rintracciare delle dimensioni ricorrenti:

1. *Coinvolgimento personale e partecipazione empatica.* Il viaggio di presa in carico della sofferenza altrui porta il terapeuta ad un coinvolgimento emotivo che va oltre il semplice dovere professionale. È una connessione umana che porta a sentire il calore e l'energia del coinvolgimento personale.
2. *Attivazione corporea.* Il corpo rappresenta lo strumento attraverso cui il dolore dei pazienti scorre e giunge all'altro risuonando e stimolando attivazioni fisiologiche. Queste prime due dimensioni testimoniano la presenza di un aspetto fondamentale della pratica clinica gestaltica: la Conoscenza Relazionale Estetica (Spagnuolo Lobb, 2017).
3. *L'emergere della commozione di fronte al dolore del paziente.* Essa non viene negata o dissimulata bensì condivisa nel campo terapeutico, testimoniando una presenza relazionale piena e un profondo coinvolgimento. «La ricerca conferma che i terapeuti che fungono da modelli di trasparenza personale influenzano i loro pazienti a rivelare di più su se stessi» (Yalom, 2014, p. 289).
4. *Rispetto per il dolore altrui.* La sacralità del dolore viene celebrata sia attraverso un profondo senso di responsabilità nei confronti del paziente, che affida la sua parte più intima, sia attraverso un sentimento di gratitudine verso l'altro, che conduce il terapeuta, condividendo il proprio dolore, all'essenza più profonda dell'altrui esistenza.
5. *Difficoltà.* Tra queste vengono segnalate tensione corporea paralizzante, paure e domande rispetto alla possibilità di essere in grado di sostenere l'altro, spinte a trovare soluzioni immediate. Questi elementi di difficoltà sembrano richiamare le situazioni in cui il contatto non avviene in maniera fluida e spontanea bensì viene caricato di ansia. Nel momento in cui la relazione con l'altro diventa disturbata da ansie relative al poter sostenere la sofferenza che ci viene affidata, il terapeuta potrebbe desensibilizzarsi; questo elemento rappresenta un rischio da tenere sempre presente durante i contatti terapeutici.
6. *Equilibrio tra empatia e distacco professionale.* Esso rappresenta un punto cruciale nell'ambito della pratica terapeutica. È un aspetto che sollecita diverse riflessioni poiché influisce direttamente sulla qualità dell'interazione con i pazienti e sullo svolgimento efficace del processo terapeutico.

b) *Quali sono le principali sfide che incontri nel gestire il dolore dei pazienti durante le sedute terapeutiche?* La presenza terapeutica di fronte al

dolore altrui non è immune da continue sfide a cui i terapeuti vengono sottoposti. Di seguito le dimensioni emerse:

1. *Mantenere la connessione emotiva con il paziente.* Di fronte ad un essere umano che consegna il suo dolore, è essenziale che il terapeuta sia completamente presente nel processo di contatto. Questo significa dedicare attenzione e sensibilità al paziente, ascoltandolo attentamente e rispondendo alle sue esigenze emotive in modo autentico e compassionevole. In sostanza, senza timore di utilizzare i sensi per sentire profondamente l'altro, evitando quindi un «torpore sensoriale» (Zinker, 2002).
2. *Capacità di gestire il proprio vissuto personale* mantenendo la distinzione tra ciò che appartiene al terapeuta e ciò che appartiene al paziente. Il terapeuta gestaltico conosce bene la nozione per cui tutto ciò che accade in seduta è frutto di continua co-costruzione e appartiene ad entrambi i membri della diade terapeutica. Accettare tale visione significa abbracciare pienamente l'ottica di campo che talvolta può togliere delle certezze rassicuranti, restituendo tuttavia efficacia terapeutica e presenza piena nei confronti dell'altro.
3. *Evitamento del dolore da parte del paziente.* Alcuni pazienti possono essere guidati dall'idea poco realistica per cui la vita debba essere immune dai dolori e questo porta ad effettuare riflessioni più ampie sul contesto sociale e culturale odierno che spesso fugge dalla sofferenza, togliendo all'essere umano la possibilità di integrarla, accoglierla ed utilizzarla come risorsa personale di crescita. Affrontare questa sfida richiede una continua costruzione di un contesto sicuro e accogliente; la realizzazione di un *ground* sicuro conduce la relazione terapeutica ad uno sfondo comune che permette di guardare in faccia il dolore con la consapevolezza che questo non ci distruggerà.
4. *Gestione della fretta nel voler alleviare il dolore del paziente.* Talvolta, di fronte a contenuti profondamente dolorosi, il terapeuta può avvertire la necessità di trovare soluzioni immediate. Tale elemento può rappresentare la difficoltà a stare con la lentezza della guarigione che richiede non solo tempistiche altamente soggettive ma anche la possibilità di stare all'interno della sofferenza del paziente senza forzare eventuali interventi prematuri. La gestione della fretta può essere influenzata dal modo in cui il terapeuta si confronta con «l'evitamento della frustrazione» (Zinker, 2002).
5. *Possibilità di creare un terreno comune.* Il terreno comune co-costruito garantisce che paziente e terapeuta si sentano sicuri nell'esplorazione del

- dolore. Tale co-costruzione rappresenta il primo passo della danza⁵ di cui ci parla Margherita Spagnuolo Lobb (2020) e attraverso cui terapeuta e paziente si muovono e che consente loro di fidarsi, affidarsi, raggiungerli.
6. *Possibilità di trasmettere fiducia nel futuro.* All'interno di esistenze lacerate dal dolore, la visione del futuro viene oscurata e annientata nelle sue possibilità. Il sostegno al *next* rappresenta una dimensione imprescindibile dell'azione terapeutica. «Sostenere il campo della speranza in terapia significa soprattutto prendersi cura del tempo futuro rimanendo nel qui e ora del contatto, attraverso una presenza autentica e corporea che sappia fornire il giusto *ground* al tempo del dolore ma che sappia anche guardare oltre» (Baragetti e Palmero, 2021, p. 69).
 7. *Sostenere il dolore altrui quando il terapeuta stesso attraversa un momento di vita doloroso.* Momenti di vita particolarmente difficili per il terapeuta possono rappresentare un ostacolo alla piena connessione con il vissuto dell'altro. Se il dolore del terapeuta non ha avuto il tempo necessario per essere elaborato, accolto e integrato, può rappresentare un elemento di interferenza alla fluidità della relazione. Il terapeuta in questi casi si trova di fronte a un compito arduo e delicato: dover essere presente per il paziente mentre sperimenta il proprio dolore senza perdersi dentro di esso.

c) *C'è mai stato un momento in cui hai trovato particolarmente difficile gestire il dolore di un paziente? Se sì, come hai affrontato questa situazione?* La professione di psicoterapeuta è costellata da momenti di difficoltà, intrinsecamente legati alla complessità dell'esistenza umana. Di seguito alcune dimensioni emerse con maggiore frequenza:

1. *Esperienze di dolore estremo.* Situazioni in cui il dolore del paziente sembra sopraffare la persona senza apparente possibilità di gestione ovvero quando il dolore supera la finestra di tolleranza (Siegel, 2021). Alcune situazioni, specie in contesti traumatici, sembrano condurre la persona a intense manifestazioni emotive che spesso coinvolgono, all'interno della relazione, lo stesso psicoterapeuta, che può sentire quel dolore presente nel campo come insostenibile. Tra le modalità di gestione viene menzionato il distanziamento terapeutico: esso non rappresenta solamente un'auto-protezione per i terapeuti, ma anche un elemento volto a garantire un sostegno efficace ai pazienti.
2. *Quando il dolore mette a rischio la vita.* Situazioni in cui il dolore è stret-

⁵ Si fa riferimento alla visione del processo di contatto tra paziente e terapeuta come una danza co-creata, elaborata da Margherita Spagnuolo Lobb (2020).

tamente connesso con la dimensione della morte (es. ideazioni suicide). In questi casi la strategia più comune è l'attivazione di interventi multidisciplinari.

3. *Le tematiche portate dai pazienti rappresentano temi faticosi da sostenere per il terapeuta.* In questi casi mantenere la funzione di cura e supporto di fronte a situazioni che elicitano emozioni ambivalenti richiede di essere estremamente saldi al proprio *ground* e avere ben presente il senso del limite, il limite del nostro esserci (Cavaleri, 1996). Questo si collega anche alla possibilità auspicabile di richiedere aiuto e supporto alla comunità professionale. La richiesta di supervisione, confronto con colleghi, intervizione, rappresenta infatti una delle strategie più menzionate. In situazioni difficili o complesse, il ricorso a supervisione o consulenza da parte dei colleghi emerge come una risorsa inestimabile. Questo processo non solo offre una prospettiva esterna e obiettiva su questioni complesse, ma può anche fornire una fonte di conforto emotivo e contenimento.

d) Quali strategie utilizzi per mantenere la tua empatica connessione con i pazienti senza farti sopraffare dal loro dolore? Gli strumenti utilizzati dai terapeuti per mantenersi connessi empaticamente senza che il dolore dell'altro diventi elemento disturbante e interferente per la relazione terapeutica, spaziano su diversi fronti. Di seguito le dimensioni emerse:

1. *Nessuna strategia.* Sembra che l'arte della connessione empatica, quel meraviglioso intreccio di comprensione e compassione, spesso non segua una formula rigida o un approccio predefinito. Alcuni terapeuti sostengono che la vera connessione con gli altri emerge in modo spontaneo, fluendo naturalmente dalle profondità del nostro essere. Come afferma Albino Macaluso (2018): «Quando agisce in modo spontaneo, il terapeuta sperimenta un senso di coinvolgimento e di piena sintonizzazione con l'altro» (p. 37).
2. *Consapevolezza emotiva.* I terapeuti sottolineano l'importanza del mantenere la consapevolezza del proprio vissuto emotivo senza desensibilizzarsi e l'utilizzo della stessa consapevolezza per restituire al paziente ciò che risuona all'interno del terapeuta. Come sottolineato da Madeleine Fogarty (2016, p. 77): «La consapevolezza comprende l'esperienza sensoriale e corporea, oltre che quella cognitiva ed emotiva».
3. *Capacità di rimanere ancorati:* l'attenzione viene ancorata al proprio respiro, al respiro del paziente, al peso del corpo sulla poltrona, agli aggiustamenti corporei, alle emozioni che attraversano il corpo. Mantenere tale ancoraggio significa rimanere connessi allo «sfondo senso-motorio dell'esperienza» (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 76).
4. *Fiducia e speranza:* l'ancoraggio alla speranza anche nei campi terapeutici più difficili rappresenta un potente strumento terapeutico. La fiducia

nelle capacità del paziente viene accompagnata dalla fiducia nella forza della relazione terapeutica, una relazione in cui quel “noi” tenace attraversa le tempeste del dolore senza esserne travolto.

5. *Esperienza terapeutica*: essa sembra essere connessa ad una maggiore capacità di gestione del dolore altrui senza esserne sopraffatti, riconoscendo anche la vitalità che il dolore possiede.
6. *Compassione e accettazione*. Questi concetti vanno oltre il mero aspetto clinico e abbracciano l'essenza stessa della condizione umana. Un terapeuta risponde all'indagine sottolineando come “la compassione ha questo potere, consente di accogliere il dolore dell'altro ma anche il riconoscimento del proprio limite”.
7. *Mantenere una visione d'insieme*, in termini gestaltici potremmo dire una “visione di campo”. La visione globale consente di allargare lo sguardo, non perdere elementi periferici e contestuali che rappresentano risorse preziose, senza dimenticare che la prospettiva di campo fornisce una lettura dei fenomeni come elementi co-costruiti.

e) *Cosa fai per prenderti cura di te stesso dopo aver affrontato situazioni intense di dolore dei pazienti?* Di seguito le modalità più frequentemente utilizzate per gestire i carichi emotivi legati alla professione e prendersi cura del proprio benessere:

1. *Condivisione con i colleghi*. La dimensione della condivisione con la propria comunità scientifica di appartenenza rappresenta un prezioso strumento per elaborare esperienze emotivamente intense, trovare supporto e ampliare le prospettive di lettura dei fenomeni terapeutici.
2. *Prendersi del tempo per sé*: avere la possibilità di ricavarci dei momenti di “decompressione emotiva”, prendersi cura del proprio sentire, prendersi delle pause per ascoltarsi e rispettare così le proprie esigenze emotive. Nel tempo per se stessi i terapeuti includono anche il muoversi, piangere, riposare, sedersi in silenzio a riflettere. In sostanza, avere tempo per assimilare l'esperienza.
3. *Dedicarsi ad hobby e passioni* rappresenta un elemento nutriente da cui attingere piacevolezza.
4. *Raggiungere persone care*. I legami sono una fonte di forza durante i momenti difficili e possono fornire una prospettiva rinnovata sulle sfide terapeutiche affrontate. Inoltre, il supporto sociale può ridurre il senso di isolamento che talvolta può accompagnare il lavoro psicoterapico.
5. *Mantenere uno stile di vita sano*, praticare attività rilassanti e nutrirsi di esperienze di gioia, leggerezza e svago.

f) *Hai mai avuto esperienze in cui il dolore dei pazienti ha attivato ricordi o reazioni personali in te stesso? In che modo hai gestito queste situazioni?* Nel lavoro terapeutico, le dinamiche emotive sono centrali e possono essere complesse da gestire specie nelle situazioni in cui il dolore dei pazienti attiva ricordi o reazioni personali. Di seguito le modalità più frequentemente utilizzate:

1. *“Stare” con l’esperienza riemersa* e rimanere consapevoli delle proprie emozioni nel qui e ora del vissuto del terapeuta che rimane completamente presente nel momento, accogliendo e comprendendo appieno le sensazioni che emergono.
2. *Utilizzare la propria esperienza personale* a beneficio del paziente. Questa possibilità si riferisce alla “self-disclosure” del terapeuta, rivalutata, rispetto al passato, come prezioso strumento per la relazione terapeutica (Yalom, 2015). Tuttavia, il terapeuta deve sempre valutare con attenzione quale elemento di condivisione della propria storia personale può essere terapeutico per il paziente.
3. *Capacità di rimanere consapevoli* delle proprie emozioni. La possibilità di osservare i propri contenuti emotivi elicitati, lasciarli fluire, rappresenta una opportunità unica per comprendere le emozioni dell’altro, come un catalizzatore (Perls *et al.*, 1997), rimanendo sempre attenti alle peculiarità soggettive del paziente.
4. *Utilizzo della risonanza* come strumento terapeutico. Il modo in cui l’esperienza del paziente risuona nel terapeuta, rappresenta un elemento prezioso nella pratica clinica (Spagnuolo Lobb, 2017). Il terapeuta gestaltico la utilizza in ogni incontro terapeutico per attivare processi di significazione e condivisione.
5. *Riflessione su di sé*: alcuni terapeuti segnalano che l’attivazione di ricordi e vissuti personali può essere utilizzata per comprendere il senso che quella specifica esperienza può avere nel qui e ora della vita personale del terapeuta e anche in quella specifica relazione terapeutica.

g) *In che modo il tuo vissuto personale e la tua storia influenzano la tua risposta al dolore dei pazienti durante la terapia?* Le risposte fornite dai terapeuti sui modi in cui il vissuto personale e la storia di vita influenzano la loro risposta al dolore dei pazienti, si racchiudono in alcune dimensioni ricorrenti. Di seguito le principali emerse:

1. *Comprensione profonda e accresciuta sensibilità* rispetto al dolore altrui. Molti terapeuti affermano: “Aver affrontato il mio dolore mi rende capace di essere maggiormente a contatto con il dolore dei pazienti”. Le risonanze del terapeuta lo sostengono nella relazione e lo indirizzano verso quei luoghi oscuri dove talvolta il dolore fa tremare ma con la fiducia che questo può essere sostenuto.

2. *Accettazione e gestione del dolore*: i terapeuti affermano che l'elaborazione del proprio dolore personale aiuta a comprendere cosa sta accadendo al paziente ed a trasmettere come si può stare nel dolore ricercandone il senso che questo può avere nella propria storia di vita. Un terapeuta sottolinea: "Non puoi fare al paziente ciò che non sei in grado di fare con te stesso".
3. *Speranza e fiducia nel superamento del dolore*: Guardando alle storie personali dei terapeuti spesso emerge un filo comune che lega le esperienze di dolore con la forza rigeneratrice della speranza. I terapeuti che attengono alla propria esperienza personale di dolore sono come alchimisti delle emozioni, trasformando il piombo della sofferenza in oro prezioso di speranza. La loro capacità di condividere apertamente le proprie lotte e di mostrare la via verso la guarigione è un dono inestimabile per coloro che si rivolgono a loro in cerca di aiuto.

h) Quali sono le risorse o i supporti che ritieni utili per affrontare le sfide legate al dolore dei pazienti? Le risposte dei terapeuti riguardo alle risorse utili per affrontare e sostenere il dolore dei pazienti, si racchiudono entro due categorie principali: risorse legate al *modo di stare in terapia da parte del terapeuta* e risorse legate alla persona del terapeuta. Tra le prime troviamo:

1. *Approccio sensibile e radicato* che sottolinea, oltre all'atteggiamento empatico e accogliente rispetto al dolore altrui, l'importanza della connessione del terapeuta con il proprio *ground*, la propria esperienza corporea che consente una connessione profonda con il vissuto del paziente.
2. *Legittimazione del dolore*. Affinché il dolore possa essere trasformato in risorsa, è necessario attraversarlo, riconoscerlo, in buona sostanza legittimarlo.
3. *Autenticità della relazione terapeutica*. Come afferma Giuseppe Vinci (2022, p. 8): «Siamo autorevoli e autentici quando ci lasciamo guardare in profondità, occhi negli occhi, e il nostro interlocutore sente che siamo davvero lì con lui, e che tra ciò che pensiamo, ciò che diciamo e ciò che facciamo non c'è troppa differenza».

Tra le risorse *legate alla persona del terapeuta*, vengono sottolineate:

1. *Esperienza personale*, in termini di bagaglio esperienziale di vita.
2. *Appartenenza alla comunità professionale*, terapia personale e supervisione. Questa dimensione citata numerosissime volte nelle risposte dei terapeuti al questionario, sottolinea l'enorme importanza dell'evitare l'isolamento del terapeuta nella sua pratica clinica quotidiana.
3. *Equilibrio, cura di sé, attività gratificanti*. "Nutrirsi per nutrire" sembra

essere la regola essenziale per mantenersi solidi, ben centrati e poter essere un supporto per l'altro che ci porta il proprio dolore straziante.

3. Conclusioni

Tra le risposte ricevute al questionario, appare significativa l'affermazione: "La mia storia fa di me il terapeuta che sono". Essa esprime l'esistenza di un intreccio profondo nella vita dei terapeuti tra il piano professionale e quello personale.

Un aspetto importante che è emerso nella mia indagine è che il vissuto personale del terapeuta rappresenta una risorsa sia per poter stare con i vissuti di sofferenza altrui, decodificarli, renderli integrabili, sia per poterli (quando opportuno) mettere al servizio dell'altro con autenticità.

Il lavoro terapeutico è caratterizzato da sfide ardue che mettono il terapeuta continuamente a dura prova: quando i dolori sembrano insostenibili, quando toccano corde interiori profonde, quando si esplorano le ferite dell'abbandono, lo *shock* del trauma, le trame della violenza. I dati raccolti ci ricordano l'esistenza di numerosi strumenti e risorse a cui il terapeuta attinge: la cura di sé in tutte le sue forme, il potersi nutrire delle proprie relazioni, il valore inestimabile dell'appartenenza ad una comunità formativa e scientifica che funga da amorevole contenitore e guida, l'accoglienza dei propri nuclei di dolore.

L'indagine effettuata mette in risalto l'importanza del vissuto personale del terapeuta: il *controtransfert* analitico viene ampliato nella declinazione gestaltica che include il campo co-costruito (Spagnuolo Lobb, 2020) e si conferma prezioso strumento e bussola della relazione terapeutica.

Il carattere interlocutorio di questo studio, pur offrendo spunti preliminari di riflessione, rende necessario lo svolgimento di ulteriori ricerche e approfondimenti rispetto alle dimensioni emerse.

Noemi Rovetto: Psicologa, psicoterapeuta della Gestalt. Si è occupata nel corso degli anni di diagnosi psicologica e neuropsicologica, sostegno psicologico in *setting* individuale e familiare, collaborazione in progetti di inclusione sociale per marginalità estrema, presa in carico ed elaborazione di progetti di vita per soggetti con disturbi del neurosviluppo, coordinamento di *équipe* multidisciplinari. Attualmente svolge attività clinica in libera professione ed è referente dell'ambulatorio di neuropsicologia all'interno di un centro medico polispecialistico a Catania.

BIBLIOGRAFIA

- Baragetti E., Palmero E. (2021). Il tempo della speranza. *Quaderni di Gestalt*, XXXIV, 2: 59-70. DOI: 10.3280/GEST2021-002005
- Carotenuto A. (1998). *Lettera aperta a un apprendista stregone*. Milano: Bompiani.
- Cavaleri P. (1996). La dialettica polare nella psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 22/23: 5-25.
- Fabbri A. (2019). La formazione dello psicoterapeuta come avventura trasformativa. *Quaderni di Gestalt* XXXII, 1: 57-71. DOI: 10.3280/GEST2019-001004
- Ferenczi S. (2025). *Diario clinico (gennaio-ottobre 1932)*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *Journal Clinique. Janvier-octobre 1932*. Paris, FR: Payot, 1985).
- Fogarty M., Bhar S., Theiler S., O'Shea L. (2016). What Do Gestalt Therapists Do in the Clinic? The Expert Consensus. *British Gestalt Journal*, 25, 1: 32-41 (trad. it.: Che cosa fanno i terapeuti della Gestalt nella pratica clinica? Il consenso degli esperti. *Quaderni di Gestalt* XXX, 1: 69-90. DOI: 10.3280/GEST2017-001006, 2017).
- Freud S. (1974). *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*. OSF, Vol. 6. Torino: Boringhieri (ed. or.: *Die Zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. Zentralblatt für Psychoanalyse*, 1: 1-9, 1910).
- Heimann P. (1986). Sul controtrasferimento. In: Albarella C., Donadio M., a cura di, *Il controtrasferimento*. Napoli: Liguori (ed. or. On Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*. 31: 81-84, 1950).
- Macaluso M. A. (2018). Intenzionalità e spontaneità nell'azione terapeutica gestaltica. *Quaderni di Gestalt* XXX, 1: 33-57. DOI: 10.3280/GEST2018-001004
- Messina I., Gelo O.C.G., Gullo S., Sambin M., Mosconi A., Fenelli A., Curto M., Orlinsky D. (2018). Personal Background, Motivation and Interpersonal Style of Psychotherapy Trainees Having Different Theoretical Orientations: An Italian Contribution to an International Collaborative study on Psychotherapy Training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18: 299-307. DOI: 10.1002/capr.12176
- Mitchell S. A. (1995). *Speranza e timore in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri (ed. or.: *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York, NY: Basic Books, 1993).
- Ogden T.H. (1994). The analytic third: Working with Intersubjective Clinical Facts. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75: 3-19.
- Orange D., Spagnuolo Lobb M. (2010). Nuove tendenze nella formazione dello psicoterapeuta. *Quaderni di Gestalt* XXIII, 2: 11-26. DOI: 10.3280/GEST2010-002002
- Perls F.S. (1995). *L'io, la fame e l'aggressività. L'opera di uno psicoanalista eretico che vide in anticipo i limiti fondamentali dell'opera di Freud*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and Method*. London, UK: G. Allen & Unwin, 1947; New York, NY: Random House, 1969).
- 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.: 1951;1994). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York, NY: The Gestalt Journal Press, 1951; 1994).
- Perls L. (1990). Nuove prospettive nella terapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 10/11: 7-11.
- Pizzimenti M. (2009) La Psicoterapia della Gestalt in Italia: lo stato dell'arte. *Quaderni di Gestalt* XXII, 1: 11-36. DOI: 10.3280/GEST2009-001002
- Polster E. (2026). *Incanto e psicoterapia della Gestalt. Partner nell'esplorazione della vita*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Enchantment and Gestalt Therapy. Partners in Exploring Life*. London, UK: Routledge, 2021).
- Rogers C.R. (1986) *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Psycho (ed. or.: *On Becoming a Person: A therapist's View of Psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin, 1961).

- Rubino V. (2011). Empatia incarnata tra psicoterapia della Gestalt e neuroscienze. *Quaderni di Gestalt* XXIV, 2: 59-68. DOI: 10.3280/GEST2011-002007
- Salvatore G. (2023). *La vergogna del terapeuta*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sampognaro G. (1989). I processi interattivi in Terapia della Gestalt. Il gruppo del IV Training intervista Sonia Nevis. *Quaderni di Gestalt*, 8/9: 85-89.
- Sampognaro G. (2023). Il burnout del terapeuta: il cortocircuito emotivo del guaritore ferito. *Quaderni di Gestalt* XXXVI, 1: 29-49. DOI: 10.3280/GEST2023-001003
- Siegel D.J. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York, NY: The Guilford Press, 2020).
- Spagnuolo Lobb M. (1991). La formazione in Gestalt Terapia. Come la prospettiva dell'aggressione dentale modifica il concetto tradizionale di formazione. *Quaderni di Gestalt*, 13: 5-15.
- Spagnuolo Lobb M. (2010). La vita e il dolore nell'arte dello psicoterapeuta. Intervista a Umberto Galimberti. *Quaderni di Gestalt* XXIII, 1: 15-33. DOI: 10.3280/GEST2010-001002
- Spagnuolo Lobb M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2014). Le esperienze depressive in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, XXVII, 2: 57-80. DOI: 10.3280/GEST2014-002004
- Spagnuolo Lobb M. (2017). La conoscenza relazionale estetica del campo. Per uno sviluppo del concetto di consapevolezza in psicoterapia della Gestalt e 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., Riggio F., Savia Guerrera C., Sciacca F., Di Nuovo S. (2024). The Aesthetic Relational Knowing of the Therapist: Factorial Validation of the ARK-T Scale Adapted for the Therapeutic Situation. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 12, 2. DOI: 10.13129/2282-1619/mjcp-4144
- Vinci G. (2022). *Essere terapeuti. Forza e fragilità dello psicoterapeuta e della psicoterapia*. Roma: Alpes Italia.
- Yalom I.D. (2014). *Il dono della terapia*. Vicenza: Neri Pozza (ed. or.: *The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*. New York, NY: Harper Collins, 2001).
- Yalom I.D. (2015). *Guarire d'amore. Storie di psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *Love's Executioner and Other Tales of Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books, 1989).
- Zinker J. (2002). *Processi creativi in psicoterapia della Gestalt*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel, 1977).

Gestalt Therapy in Times of War

New Clinical Tools and Political Consciousness

Edited By Margherita Spagnuolo Lobb, Pietro Andrea Cavaleri, Mattia Romano, Giacomo Bisonti

Copyright 2026



For more information visit:

www.routledge.com/9781041198376

TABLE OF CONTENTS

1. Introduction: Hope begets peace, fear begets war
2. Gestalt psychotherapists in times of war: Generosity, courage, and emotions crossing borders
3. The knowledge of psychology and war
4. Trust and living experience in the phenomenology of Edmund Husserl
5. The evolution of the European spirit
6. Upholding human dignity in a field in crisis
7. Psychotherapists in wartime: Notes of two Ukrainian therapists
8. The "imprisonment" condition of Russian psychotherapists: Personal and professional ethics
9. Libyan hell: A tragedy that concerns the background of the world: Psychotherapy with Ebrima
10. Does Gestalt therapy have anything to do with peace?: Flying with a view from above
11. The present of the future: Concluding reflections on being a therapist of today and tomorrow.

www.gestaltitaly.com