

Il respiro come strumento relazionale in psicoterapia della Gestalt: uno studio di caso singolo*

*Breathing As a Relational Tool in Gestalt Therapy:
A Single Case Study*

Gabriele Curcio** e Serena Iacono Isidoro***

[Ricevuto il 23 giugno 2025]

Accettato per la stampa il 16 marzo 2026]

Abstract

This single-case study examines breathing as a relational tool in Gestalt therapy across eight weekly sessions with a 40-year-old man presenting with severe depressive symptoms and high anxiety at intake. Within a phenomenological-aesthetic and process-oriented framework, breath-focused interventions were used as co-regulatory acts at the contact boundary (e.g., modeling exhalation, shared pacing, and linking breath to embodied meaning) rather than as standalone techniques. The study adopted an A–B–C single-case design: a two-week baseline with daily Target Complaints ratings (0-5), an eight-week treatment phase with continued daily monitoring and audio-recorded sessions, and a two-week follow-up with repeated standardized measures (CORE-OM, BDI-II, HAM-A). Qualitative analysis of session excerpts (verbatim) followed a hermeneutic–phenomenological approach to identify breath-related moments of contact, emotional modulation, and shifts in agency. Results indicated a marked improvement from baseline to follow-up: CORE-OM total moved from moderate clinical severity to values consistent with non-clinical functioning; BDI-II decreased from severe depression to no depressive symptoms; and HAM-A dropped from severe anxiety to

* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

** Istituto di Gestalt HCC Italy. Via S. Sebastiano 38, 96100 Siracusa (SR). E-mail: grabo-son@gmail.com

*** Istituto di Gestalt HCC Italy. Via S. Sebastiano 38, 96100 Siracusa (SR). Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto per la Ricerca e l'Innovazione Biomedica CNR-IRIB. C/O Via Leanza, Istituto Marino, Mortelle, 98164 Messina. E-mail: serena.iaconoisidoro@irib.cnr.it; <https://orcid.org/0000-0002-6181-8477>

Note biografiche degli autori in fondo al saggio.

Quaderni di Gestalt (ISSN 1121-0737, ISSN 2035-6994), XXXIX, n. 1/2026
DOI: 10.3280/qg2026-10a20428

minimal symptoms. Daily Target Complaints showed a progressive and stable reduction from mid-treatment onward, with the most consistent decreases observed after breath work became a recurrent relational focus. Across excerpts, shared breathing was associated with reduced chest pressure, increased present-centeredness, and greater tolerance of affect, supporting the hypothesis that breath can function as an immediate, accessible bridge between bodily experience and meaning-making within the therapeutic relationship. Limitations include the single-case nature, the absence of independent ratings, and the short follow-up period. Findings should therefore be interpreted as suggestive and hypothesis-generating. The study discusses clinical implications for integrating secular contemplative breath practices into Gestalt therapy while maintaining an explicitly relational and ethical frame.

Keywords: Gestalt therapy, mindful breathing, therapeutic relationship, single case, emotional regulation.

Riassunto

Questo studio di caso singolo esplora il ruolo del respiro come strumento relazionale in psicoterapia della Gestalt in un percorso di otto sedute con un paziente con sintomi ansiosi e depressivi. Il lavoro sul respiro è utilizzato non come tecnica isolata, ma come atto di co-regolazione al confine di contatto: il terapeuta modella l'espirazione, sostiene un ritmo condiviso e collega le sensazioni corporee alla costruzione di significato. Il disegno A-B-C prevede due settimane di *baseline* con monitoraggio quotidiano dei problemi bersaglio, una fase di trattamento di otto settimane e due settimane di follow-up, con misure standardizzate (CORE-OM, BDI-II, HAM-A) e analisi qualitativa di estratti di seduta. I dati quantitativi e qualitativi suggeriscono una riduzione dei sintomi e un miglioramento della regolazione emotiva, coerenti con un possibile contributo del lavoro esperienziale sul respiro come veicolo di consapevolezza, contatto e trasformazione.

Parole chiave: Psicoterapia della Gestalt, respiro consapevole, relazione terapeutica, caso singolo, regolazione emotiva.

1. Introduzione

Nel contesto attuale della psicoterapia cresce l'esigenza di affiancare al rigore metodologico descrizioni capaci di restituire la complessità del processo clinico (Willemssen, 2023; Elliott, 2002). In questa direzione, il presente contributo esplora, attraverso un *single case study*, il ruolo del respiro nella relazione terapeutica ad orientamento gestaltico (Spagnuolo Lobb, 2013; Kepner, 2003). L'analisi combina un inquadramento teorico essenziale con l'osservazione di un percorso di otto sedute, integrando dati quantitativi e analisi qualitativa di *verbatim* per discutere cambiamenti sintomatici e processuali.

Sostenere la validità della psicoterapia della Gestalt non significa irrigidirla entro parametri teorici prestabiliti o ridurla a tecniche applicative; al

contrario, implica un continuo lavoro di sintonizzazione con l'unicità dell'altro, in un campo relazionale co-creato e in perenne trasformazione (Spagnuolo Lobb, 2017; Macaluso, 2024). Il *single case* presentato non ha dunque la pretesa di generalizzabilità, ma si propone come spazio vivo in cui si dispiega la dimensione esperienziale della relazione terapeutica, con particolare attenzione al respiro come mediatore corporeo e simbolico dell'incontro (Brown *et al.*, 2013; Perls *et al.*, 1997). La respirazione emerge come pratica relazionale condivisa, capace di generare sintonizzazione affettiva, modulazione dell'attivazione emotiva e apertura al contatto nel qui-e-ora (Kepner, 1997; 2003; Macaluso, 2024).

Il respiro, gesto originario di contatto tra organismo e ambiente, costituisce un ponte naturale tra pratica meditativa buddhista e approccio gestaltico (Nhat Hanh, 2012a; Perls *et al.*, 1997). In entrambi i contesti sostiene la consapevolezza del momento presente e contribuisce a disinnescare gli automatismi mentali, favorendo un'intenzionalità incarnata nella relazione (Gold e Zahm, 2018; Bennett, 2009).

2. Il respiro tra pratiche meditative e psicoterapia della Gestalt

Le affinità tra pratiche meditative (ad es., zen e *vipassanā* della tradizione *theravada*) e psicoterapia della Gestalt si fondano sull'attenzione condivisa al momento presente, sull'integrazione corpo-mente e sulla qualità autentica del contatto umano (Wu Kwang, 1986; Spagnuolo Lobb, 2011). In entrambi i contesti, la consapevolezza è una pratica che sostiene la trasformazione dell'esperienza più che un obiettivo in sé (Gold e Zahm, 2018; Nhat Hanh, 1994).

La centralità del respiro rappresenta un punto di contatto operativo: tornare alla respirazione interrompe automatismi e favorisce una presenza più radicata (Nhat Hanh, 2014; Joko Beck, 1993). Secondo Thich Nhat Hanh (2012b), monaco buddhista vietnamita e maestro zen, la pratica integra consapevolezza (*smṛti* o *mindfulness*), concentrazione (*samādhi* o *concentration*) e intuizione o visione profonda (*prajña* o *insight*). Nella prospettiva gestaltica, il respiro esprime lo scambio organismo-ambiente e risente delle dinamiche relazionali; per questo il lavoro clinico sul respiro è inteso come processo di co-regolazione al confine di contatto, non come tecnica isolata (Perls *et al.*, 1997; Kepner, 1997; 2003; Borino, 2013).

Numerosi studi indicano che la sincronia fisiologica – inclusa la sincronizzazione respiratoria – può accompagnare empatia, sintonizzazione affettiva e sicurezza relazionale (Porges, 2014; Siegel, 2010; Tschacher e Meier, 2020). In tal senso, il respiro può rivelare stati emotivi impliciti e offrire un

canale concreto per sostenere presenza condivisa e contenimento nel qui-e-ora (Balconi e Angioletti, 2023).

Non oggetto ma processo, il respiro si configura come campo dinamico di co-presenza, gesto silenzioso che accompagna l'emergere dell'esperienza significativa. In tal senso, esso si rivela una via di accesso al potenziale trasformativo della relazione terapeutica, capace di integrare dimensioni psico-corporee e affettive (Spagnuolo Lobb, 2011; 2013; Brown *et al.*, 2013). In questo contesto, il terapeuta è guidato verso una «Conoscenza Relazionale Estetica» (Spagnuolo Lobb, 2018), ossia una sensibilità incarnata che si sviluppa nell'incontro.

Alla luce di tali considerazioni, il presente *single case study* rappresenta uno strumento metodologico efficace per esplorare fenomenologicamente il ruolo del respiro nella relazione terapeutica, consentendo di cogliere con precisione i cambiamenti corporei ed emotivi che emergono nel contesto clinico.

3. Valore epistemologico e clinico del metodo del *single case study* in psicoterapia

Lo studio di caso singolo è utile perché consente di descrivere in modo fine i micro-processi del cambiamento e il modo in cui essi si articolano in un contesto individuale (Elliott, 2002; Willemsen, 2023). In questa prospettiva, il *single case* può funzionare come ponte tra ricerca e pratica clinica, rendendo trasparenti ostacoli, snodi e ragionamenti del terapeuta (Stewart e Chambless, 2010).

Per aumentare l'affidabilità, i casi singoli possono adottare misure ripetute nel tempo e integrare dati quantitativi e qualitativi. Il disegno A-B-C (*baseline*, trattamento, *follow-up*) risponde a questa logica e consente di interpretare i cambiamenti alla luce dei materiali di seduta (Herrera Salinas *et al.*, 2020). Quanto alla generalizzabilità, essa è intesa in senso analitico: la conoscenza prodotta è trasferibile per riconoscimento di principi e condizioni di applicabilità più che per inferenza statistica (cfr. concetto di *naturalistic generalization*)¹ (McLeod, 2010; Stake, 1995).

Inoltre, la validità esterna viene rafforzata da serie di casi singoli replicati in contesti e con pazienti diversi (Walker e Carr, 2021), fornendo un supporto empirico cumulativo alla teoria e alle pratiche cliniche.

Infine, la nozione di significatività clinica è centrale: per dimostrare che

¹ A livello epistemologico, Stake (1995) ha introdotto il concetto di generalizzazione naturalistica per descrivere la conoscenza che viene acquisita attraverso esperienze personali o vicarie, ad esempio leggendo casi di studio.

un miglioramento non è solo statisticamente significativo ma clinicamente rilevante per il paziente, si fa spesso ricorso a misure come gli indici di cambiamento affidabile e al confronto con range normativi o *cut-off* clinici. Molti *case study* documentano esplicitamente se il paziente ha raggiunto esiti considerati “significativi” nella vita reale (es., remissione sintomatologica, cambiamenti funzionali) oltre che nei punteggi psicometrici. In sintesi, il metodo del caso singolo – quando condotto con criteri rigorosi – possiede un alto valore clinico, offrendo indicazioni concrete e dettagliate su processi terapeutici efficaci con singoli individui, e un solido valore epistemologico, poiché contribuisce a costruire una conoscenza contestualizzata, ampliando la comprensione di come e perché la psicoterapia funziona caso per caso (Willemssen, 2023).

4. Metodologia

La raccolta dati è stata progettata in un’ottica fenomenologico-estetica e processuale, integrando metodologie quantitative e qualitative per cogliere sia la dimensione nomotetica sia quella idiografica del cambiamento. L’*assessment* iniziale ha incluso un inquadramento diagnostico tramite *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI, Sheehan *et al.*, 1998), oltre a misure standardizzate di esito: CORE-OM (Evans *et al.*, 2002) per il benessere generale; BDI-II (Beck *et al.*, 1996) per i sintomi depressivi e HAM-A (Hamilton, 1959) per la valutazione dell’ansia. In parallelo, è stato adottato un monitoraggio idiografico mediante *Target complaints* (Battle, Imber e Hoehn-Saric, 1966), co-costruiti da paziente e terapeuta e compilati quotidianamente (scala 0-5) per garantire salienza clinica e sensibilità al cambiamento individuale.

Lo studio ha seguito un disegno sperimentale *single case* di tipo A-B-C: (A) due settimane di *baseline* (14 rilevazioni giornaliere); (B) otto sedute settimanali con prosecuzione del monitoraggio e registrazione audio; (C) due settimane di *follow-up* con prosecuzione del monitoraggio giornaliero dei *target complaints* (14 giorni) e nuova somministrazione delle misure standardizzate (Tab. 1).

Le registrazioni sono state analizzate secondo un approccio ermeneutico-fenomenologico, per far emergere significati esperienziali nel dialogo terapeutico.

L’intervistatore non era indipendente rispetto al trattamento; ciò rappresenta un limite, ma è coerente con l’approccio idiografico e co-costruttivo del *single case study*.

Tab. 1 – Schema riassuntivo delle fasi del disegno A-B-C, con indicazione della durata, della frequenza delle sedute terapeutiche e delle misure utilizzate

Fase	Durata	Frequenza sedute	Misure
A - Baseline	2 settimane	-	MINI, CORE-OM, BDI-II, HAM-A, <i>target complaints</i>
B - Trattamento	8 settimane (8 sedute)	settimanale	<i>target complaints</i> , registrazioni audio per analisi qualitativa
C – Follow-up	2 settimane	-	CORE-OM, BDI-II, HAM-A, <i>target complaints</i>

Il paziente ha fornito consenso informato scritto alla partecipazione allo studio e alla registrazione delle sedute, con garanzia di anonimato e riservatezza dei dati. L'intero protocollo è stato condotto in conformità ai principi etici della Dichiarazione di Helsinki; trattandosi di un caso singolo, non è stata richiesta approvazione da parte di un comitato etico locale, ma sono stati rispettati tutti gli standard di buona pratica clinica. Il trattamento dei dati è avvenuto in forma anonimizzata nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

5. Single case study

5.1. Presentazione del paziente

Marco (nome di fantasia) è un uomo di 40 anni, diplomato, che si rivolge al Centro di Salute Mentale per eseguire un ciclo di 8 sedute. È obeso e vive una relazione di circa dieci anni con il suo compagno Paolo. Marco ha perso il padre circa 20 anni fa e sua madre da circa due anni. Ricorda episodi traumatici di violenza domestica e derisione paterna legata alla sua omosessualità. Ha lavorato per oltre 20 anni nei trasporti, subendo problemi di salute legati ai turni estenuanti che lo hanno portato a intraprendere un'azione legale contro l'azienda. Sin dal primo colloquio riporta una significativa ansia e una sensazione di inutilità; accetta di partecipare allo studio, identificando insieme al terapeuta i *target complaints* da monitorare: il sentirsi inutile, la paura del futuro e l'ansia percepita come un peso al petto.

5.2. Baseline

Il MINI evidenzia distimia e disturbo d'ansia generalizzata attuale. Dalla somministrazione del CORE si ottiene un punteggio di 1,7 (gravità mode-

rata). Dalla somministrazione del BDI-II si ottiene un punteggio di 38 (depressione di grado severo). Dalla somministrazione dell'HAM-A si ottiene un punteggio di 28 (ansia grave).

5.3. Frammenti di sedute e analisi qualitativa

Gli stralci di sedute sono stati selezionati secondo criteri di rilevanza clinica e coerenza tematica con il *focus* sul respiro, privilegiando momenti di cambiamento, regolazione respiratoria e sintonizzazione terapeutica; l'analisi segue un approccio ermeneutico-fenomenologico, coerente con una postura fenomenologico-narrativa, orientato a far emergere i passaggi trasformativi nel contesto dialogico (cfr. Elliott, 2002).

Qui di seguito riportiamo, sotto forma di *verbatim*, frammenti significativi delle sedute terapeutiche in cui emerge chiaramente il *focus* sull'utilizzo relazionale e terapeutico del respiro.

Seduta 2:

P: *C'è questa ansia... Non riesco a controllarla, è fastidiosa...*

T: *Che cosa trovi di più fastidioso di questa ansia?*

P: *Questo peso al petto, come se ci fosse qualcosa che deve accadere...*

T: *Ma è più una sensazione fisica o una preoccupazione?*

P: *Io credo che sia preoccupazione...*

T: *Dove la senti?*

P: *Qua, come se mi mancasse l'aria* (Si mette una mano sul petto).

T: *Secondo te che cosa ti dice questo peso?*

P: *Ho bisogno di stare da solo.*

T: *Che effetto ti fa?*

P: *Bene e non bene.*

T: *Fermiamoci un attimo. Che cosa ti succede ora qui con me, mentre me lo dici.*

P: *Mi viene l'ansia...*

T: *Ci puoi stare o è troppo?*

P: *No, ci posso stare.*

T: *In questo momento, stai respirando? Com'è il tuo respiro in questo momento?*

P: *Faticoso.*

T: *Ti va di portare attenzione all'espirazione? All'aria che esce... (Espiro per mostrargli il ritmo dell'espirazione) Prova a svuotare un po'... poi*

quando sei svuotato, prendi l'aria... (Eseguo un'inspirazione lenta gonfiando la pancia).

P: *Va meglio.*

T: *Se te la senti puoi portare una mano su questo peso, svuota...* (Espiro nuovamente mettendomi una mano sul petto nello stesso punto che aveva indicato sul suo) *i piedi sono ben poggiati a terra* (Respiriamo insieme in silenzio per 4-5 cicli, il paziente respira con calma e profondamente, con una mano sul petto).

T: *Se viene qualche pensiero, qualche sensazione, me lo puoi dire... ecco, prima di prendere aria svuota bene... con la schiena dritta...*

P: *Mi sento più leggero quando faccio questo esercizio...*

T: *Ora ci fermiamo un minuto prima di chiudere. Se ti concentri sul punto dove sentivi il peso, ora come è?*

P: *Meglio.*

T: *Bene, andiamo avanti così.*

In questo scambio, la respirazione condivisa, esplicitata dal terapeuta che modella l'espirazione e si porta la mano sul petto in corrispondenza del punto indicato dal paziente, consente a Marco di rilassare le tensioni e di accedere a una calma maggiore. La sintonizzazione respiratoria sostiene una co-regolazione affettiva che favorisce la presenza nel qui-e-ora e un senso di essere visto e accolto.

Seduta 3: Marco ha appena raccontato la sua ossessione per una relazione avuta con un altro ragazzo durante un periodo di crisi della sua relazione attuale, il suo sentirsi in colpa e la sua fatica.

T: *Come stai?*

P: *Male.*

T: *Metti i piedi a terra, le mani sulle cosce, e mi dici ora qui con me cosa senti.*

P: *Un peso al petto (fa un'espirazione prolungata) Ansia, paura... Un miscuglio di cose...*

T: *C'è confusione.*

P: *Sì, terribile.*

T: *Hai bisogno di fare chiarezza...*

P: *Sì.*

T: *Com'è il peso in questo momento?*

P: *Meglio.*

T: *Stai respirando? Com'è il respiro?*

P: *Meglio (respira in silenzio), non mi viene nessuna immagine...*

T: *E com'è?*

P: *Meglio, meglio... Mi sento più libero.*

T: *Questi pensieri che ti ossessionano...*

P: *In questo momento no.*

T: *Si sono calmati un po'...*

P: *Sì.*

T: *Quindi se c'è tempesta nella testa, momenti in cui ti fissi con dei pensieri e quasi ti sembra di impazzire, se sposti l'attenzione dalla mente al corpo, nel corpo trovi sollievo. Com'è questa cosa per te?*

P: *Buona. Solo che non so se riesco a farlo da solo a casa.*

T: *Però qui ci sei riuscito.*

P: *Sì.*

T: *Che effetto ti fa scoprire che sei in grado di fare questa cosa?*

P: *Mi fa stare un po' meglio, sicuramente non come all'inizio.*

T: *Si ma scoprirlo che effetto ti fa? Come ti fa sentire?*

P: *Bene, mi fa sentire che ce la posso fare.*

La focalizzazione sulle sensazioni fisiche del respiro ha favorito una riduzione immediata del peso emotivo percepito da Marco, aprendo la possibilità di regolare l'emotività e accedere a una consapevolezza più profonda delle proprie risorse, rafforzando così la sua agentività. Anche per il terapeuta, il ritorno al corpo e al respiro genera maggiore chiarezza, flessibilità e una qualità della presenza più ricettiva, facilitando una vicinanza autentica al paziente proprio nei momenti in cui questi tende a perdersi nei pensieri o ad allontanarsi dal contatto.

Seduta 5: In questa seduta lavoriamo sul disagio che Marco sperimenta rispetto alla sua relazione di coppia.

T: *Ora prova a concentrarti sulla zona dove senti l'ansia.*

P: *Ci sono stati momenti in cui non la sentivo.*

T: *Ora da 1 a 10?*

P: *Meno rispetto a quando sono venuto.*

T: *Metti i piedi a terra e ci prendiamo qualche minuto. Se vuoi puoi portare una mano sul punto, e con curiosità segui il respiro. Se arrivano pensieri, immagini, riporti l'attenzione al respiro e soprattutto all'espirazione... ti sgonfi come un palloncino, prima del respiro successivo... (silenzio)... se lo senti comodo puoi chiudere gli occhi... se ritornano immagini, non ti aggrappare, torna al respiro... ora torna qui. Cosa hai notato?*

P: *Mi sento più leggero.*

T: *Va bene Marco. Non è facile prendere decisioni, confinare o separarsi, no, però l'importante è che sia chiaro dove puntare la bussola, e decidere dove andare. Ovviamente nel percorso a volte serve liberarsi di alcune zavorre. Prendiamoci del tempo, magari nel viaggio si mollano le cime che ci legano alle zavorre...*

P: *E resto più leggero... ci riusciremo.*

Nel corso del suo racconto, Marco si sente via via riconosciuto nella sua fatica. Nella fase conclusiva della seduta, il ritorno consapevole al respiro ha rafforzato la sensazione di alleggerimento emotivo e facilitato una presa di coscienza significativa circa le proprie capacità di affrontare scelte complesse, concedendosi un respiro leggero e un sorriso.

Seduta 8: Marco riporta orgoglioso il suo confinarsi da una vecchia relazione, e accoglie positivamente l'ipotesi di una terapia di coppia, eventualità emersa già nella seduta precedente. Riportiamo soltanto le battute finali.

T: *Abbiamo fatto un bel pezzo di strada.*

P: *Hai voglia!! (sorride). Sì sì, mi è servito, certe cose ci penso e capisco, ogni giorno penso ma perché sto facendo questo? Dopo che ne parliamo, ci penso alle cose, e ti cambia anche la prospettiva di vita. Certo siamo all'inizio, però queste 8 sedute sono servite, hai voglia, anche questa cosa che ho tagliato con questo subito, non lo avrei fatto prima.*

T: *Hai delle risorse... Se pensi, 8 sedute non sono tante, però comunque accadono già delle cose, e questo significa che c'è un terreno fertile, hai delle risorse e puoi metterle in campo per stare meglio.*

P: *Stare bene.*

T: *Già vedo che prendi delle decisioni autonomamente, è come se vedessi meglio il processo, come se la tua consapevolezza fosse più ampia...*

P: *Sì è così. Prima non era così.*

T: *Quando un fiume è in piena, un conto è trovarsi in mezzo al fiume e ai detriti, un conto è assistere alla piena seduto sul muretto, senza stare là in mezzo. Da una posizione di osservatore, qualche schizzo arriva, non è che non soffro più, ma è una posizione da cui posso scegliere. Ecco, penso che, anche se abbiamo fatto 8 sedute, ti ho visto sul muretto, e questo te lo voglio restituire.*

P: *Sì, e non è poco.*

T: *Vedere le cose, potere scegliere, questo sì, questo no, questo è buono, questo no. Poi ci sono dei momenti in cui potrebbe ricapitare di mettere il*

piede nel posto sbagliato, però questo non ci dice chi siamo. Un errore mi parla della mia fragilità, non mi dice che sono sbagliato.

P: Sì.

T: *E anche questi schemini (mi riferisco ai target complaints) beh, possiamo dire che i punteggi sono cambiati davvero.*

P: Sì sì, è vero. Investire per stare meglio.

Questo frammento conclusivo è coerente con la capacità maturata da Marco di gestire più efficacemente le difficoltà emotive e relazionali, riflettendo l'importanza del lavoro svolto sul respiro e sulla consapevolezza corporea nella relazione terapeutica.

5.4. Risultati della valutazione finale e confronto con la baseline

I risultati dei test somministrati due settimane dopo l'ultima seduta mostrano un marcato e coerente miglioramento in tutte le dimensioni monitorate. Il punteggio CORE-OM totale passa da un livello di *distress* clinicamente significativo (gravità moderata) a valori compatibili con un funzionamento non clinico al *follow-up*. Analogamente, BDI-II e HAM-A supportano un netto miglioramento, indicando l'assenza di sintomi depressivi e una drastica riduzione dell'ansia (Tab. 2).

Tab. 2 – Risultati dei test somministrati 2 settimane prima (baseline) e 2 settimane dopo (follow-up) gli 8 incontri previsti

Strumento	Baseline	Follow-up
CORE-OM Total	1,7	0,05
BDI-II	38	0
HAM-A	28	1

Il monitoraggio continuo dei *target complaints* (Fig. 1) mostra una progressiva e stabile riduzione dei punteggi dalla quarta seduta fino al follow-up, compatibilmente con il miglioramento clinico percepito da Marco. Per la rappresentazione grafica (Fig. 1) sono riportati i valori giornalieri raccolti (scala 0-5) nel corso delle 12 settimane delle fasi A-B-C.

Nelle prime settimane, i punteggi presentano una certa variabilità, con fluttuazioni soprattutto nelle dimensioni “mi sento inutile” e “ansia e peso al petto”. A partire dalla quarta/quinta settimana, si osserva una graduale e costante diminuzione dei valori su tutti e tre i *target complaints*.

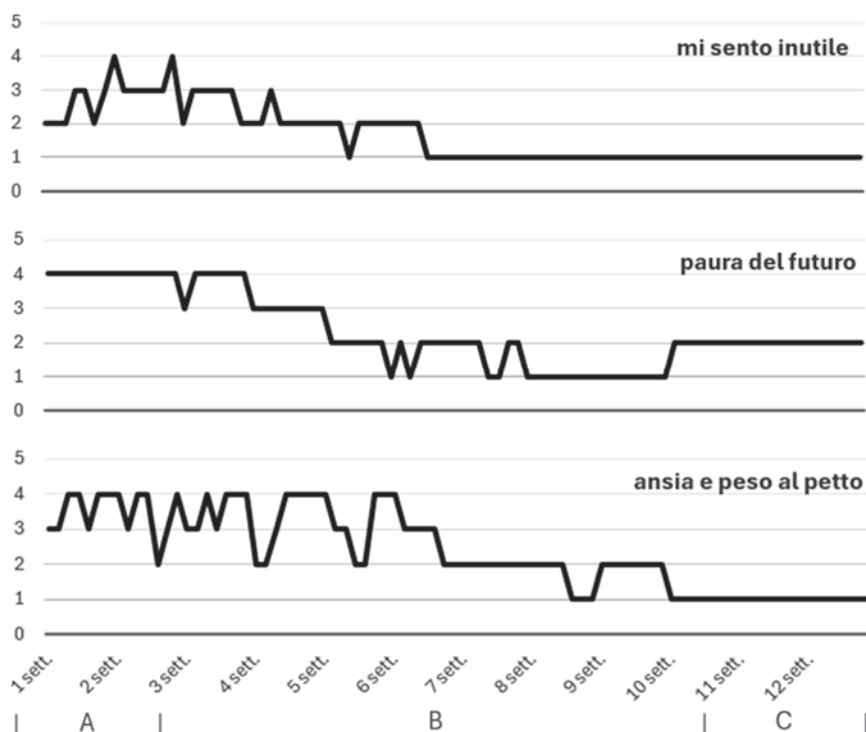


Fig. 1– Andamento giornaliero dei target complaints dalla baseline al follow-up

A: Baseline – 1-2 sett.; B: trattamento – 3-10 sett.; C: follow-up – 11-12 sett.

I punteggi in figura sono valori giornalieri (scala 0-5) tracciati lungo 12 settimane; le etichette sull'asse x indicano le settimane.

In particolare, il punteggio relativo al “sentirsi inutile” si abbassa progressivamente fino ad azzerarsi durante le ultime sedute, mantenendosi stabile anche nel *follow-up*. Anche la “paura del futuro” segue un andamento decrescente, con una riduzione costante che si stabilizza intorno alla settima settimana. L'indicatore “ansia e peso al petto” mostra inizialmente un andamento altalenante, per poi calare sensibilmente nella seconda metà del percorso, mantenendosi su livelli bassi fino alla fine.

6. Discussione

Il caso clinico presentato suggerisce che l'uso consapevole del respiro, all'interno di un quadro fenomenologico-processuale, può facilitare l'accesso ai vissuti emotivi e favorire una modulazione più efficace degli stati

interni. I dati indicano un miglioramento significativo nelle dimensioni cliniche monitorate e un'evoluzione del processo coerente con un possibile contributo del lavoro sul respiro. L'attenzione al respiro come "ponte" tra dimensione corporea e narrativa appare in linea con il filone sulle pratiche somatiche in psicoterapia (Kepner, 2003; Ogden *et al.*, 2006; Fuchs, 2021) e con i modelli che enfatizzano la co-regolazione implicita nella relazione terapeutica (Van der Kolk, 2015; Schore, 2021). Nel caso di Marco, riportare l'attenzione a postura e ritmo respiratorio ha accompagnato una riduzione di ruminazione e un aumento di agentività. È tuttavia necessario riconoscere e discutere criticamente alcuni limiti e potenziali rischi insiti in questo approccio. Anzitutto, l'impiego suggestivo del corpo e del respiro – se non adeguatamente collocato entro una cornice relazionale solida, etica e ben strutturata – può esporre al rischio di attivare dinamiche regressive o favorire un'adesione acritica da parte del paziente (Heller, 2012). Per ridurre tale possibilità, nel presente lavoro l'esperienza è stata costantemente ancorata a una co-costruzione esplicita di significato, in linea con il principio gestaltico del dialogo. In secondo luogo, occorre considerare il rischio di sovrapposizione tra pratica clinica e dimensione spirituale, soprattutto quando vengono utilizzate tecniche con radici in tradizioni contemplative (ad es., *mindfulness* o *pranayama*). Sebbene riconosciamo le origini storiche di tali pratiche, la loro applicazione nel nostro contesto è stata mantenuta in chiave secolare e finalizzata unicamente a promuovere una maggiore consapevolezza corporea e relazionale, nel solco degli adattamenti clinici *evidence-based* della *mindfulness* (Goldberg *et al.*, 2018; van Agteren *et al.*, 2021) e delle recenti evidenze sugli effetti psicofisiologici della regolazione respiratoria tramite pratiche di *pranayama* (Zaccaro *et al.*, 2018).

Nel caso di Marco, il respiro si è rivelato un canale privilegiato per accedere all'esperienza emotiva, permettendogli di riconoscere e modulare vissuti intensi come l'ansia e la paura, e di sviluppare gradualmente nuove modalità di contatto. I momenti di consapevolezza corporea condivisa hanno favorito un rallentamento del ritmo interno e una maggiore lucidità, accompagnandolo in un processo di riappropriazione delle sue risorse. Il respiro, in questo processo, si è rivelato una risorsa accessibile e immediata, assumendo molteplici funzioni: ancoraggio al presente, canale di accesso alla funzione-es² – intesa come senso immediato del corpo e fulcro della capacità propriocettiva – catalizzatore del cambiamento, rinforzo per la funzione-io, intesa come capacità di scelta e regolazione deliberata (Spagnuolo Lobb, 2011).

² Per funzione-es si intende, nella cornice gestaltica, la dimensione esperienziale immediata e corporea del sé, radicata nel sentire pre-riflessivo (cfr. Spagnuolo Lobb, 2011; 2018).

Esso è stato strumento di sintonizzazione tra paziente e terapeuta e ha facilitato uno spazio di integrazione emotiva tra polarità.

Le osservazioni qualitative, tratte dai *verbatim*, suggeriscono che il lavoro sul respiro possa agire non soltanto sul piano fisiologico, ma come vera e propria pratica relazionale capace di promuovere fiducia, contatto autentico e co-creazione di senso. Attraverso la guida del terapeuta, il respiro è diventato un ponte tra emozione e parola, tra corpo e narrazione, contribuendo a rinsaldare l'alleanza terapeutica e a creare uno spazio sicuro di esplorazione trasformativa. Il percorso clinico condotto con Marco mostra come il lavoro sul respiro possa rappresentare uno strumento clinicamente efficace e profondamente trasformativo.

Sul piano clinico, fin dalle prime sedute il respiro ha funzionato come segnale e come leva di lavoro su un vissuto corporeo centrale ("peso al petto"), sostenendo l'esplorazione di bisogni di riconoscimento e separazione. In più momenti, il ritorno condiviso al corpo e al ritmo respiratorio ha accompagnato un passaggio da attivazione e ruminazione a maggiore contatto e chiarezza decisionale.

I risultati psicometrici e il monitoraggio dei *target complaints* suggeriscono un cambiamento articolato sia sul piano sintomatico sia su quello esperienziale. L'andamento dei punteggi mostra fluttuazioni iniziali e un calo più stabile a partire dalla quarta settimana, in concomitanza con il consolidarsi dell'alleanza e con l'introduzione sistematica del lavoro sul respiro. Questi elementi sono coerenti con l'ipotesi che la relazione terapeutica e il lavoro esperienziale sul respiro abbiano contribuito alla regolazione emotiva e cognitiva, con effetti mantenuti nel breve periodo di *follow-up*.

In particolare, i *verbatim* suggeriscono che il lavoro sul respiro possa potenziare la consapevolezza corporea, facilitare la modulazione affettiva e contribuire a riorganizzare il confine di contatto nel momento presente.

Va tuttavia sottolineato che i risultati, pur promettenti, si riferiscono a un singolo caso e non consentono generalizzazioni; l'assenza di un confronto esterno e di valutazioni indipendenti circoscrive la portata delle inferenze, e il *follow-up* breve non permette di stimare la stabilità a lungo termine. Il miglioramento osservato potrebbe inoltre riflettere anche fattori aspecifici (es. qualità della relazione terapeutica, aspettative, motivazione iniziale). Un ulteriore limite è l'assenza di valutazioni indipendenti (*blinded*), elementi che saranno considerati in futuri studi su altre serie di casi. Future ricerche potranno approfondire il ruolo del respiro attraverso ulteriori casi o studi controllati, e valutare possibili moderatori (ad esempio, alestitimia o particolari tratti di personalità).

Pur nei suoi limiti, questo contributo suggerisce che il respiro possa essere una risorsa clinica utile per sostenere consapevolezza e co-regolazione nella relazione terapeutica, meritevole di ulteriori verifiche empiriche.

7. Conclusioni

Questo studio suggerisce che il lavoro sul respiro, quando integrato nel processo relazionale della psicoterapia della Gestalt, possa accompagnare cambiamenti clinicamente rilevanti.

Nel caso presentato, i risultati sono coerenti con l'ipotesi che il respiro non agisca solo sul piano fisiologico, ma possa sostenere l'organizzazione dell'esperienza e dell'incontro terapeutico. I dati sono in linea con una riduzione dei sintomi ansiosi e depressivi, e con una maggiore regolazione emotiva sostenuta dal contatto con l'esperienza corporea. I *verbatim* clinici suggeriscono che il lavoro condiviso sul respiro abbia accompagnato la creazione di uno spazio relazionale fondato sulla consapevolezza e sulla regolazione reciproca. In prospettiva, studi su serie di casi e disegni più controllati potranno precisare in quali condizioni il respiro sia una risorsa clinica condivisibile; nel frattempo, resta un gesto semplice che sostiene la presenza nell'incontro terapeutico.

Gabriele Curcio: Medico Gastroenterologo (laurea in Medicina e Chirurgia, 2004; specializzazione in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, 2008, Università degli Studi di Firenze). Psicoterapeuta della Gestalt (Istituto di Gestalt HCC Italy, Palermo, 2025) e terapeuta EMDR (Master di I e II livello). Libero professionista.

Serena Iacono Isidoro: Psicologa clinica e Psicoterapeuta della Gestalt; Ricercatrice (III livello) presso CNR-IRIB (Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto per la Ricerca e l'Innovazione Biomedica). Didatta-supervisore presso l'Istituto di Gestalt HCC Italy e Docente a contratto presso il Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche, dell'Esercizio Fisico e della Formazione (SPPEFF).

BIBLIOGRAFIA

- Bachrach A., Fontbonne Y., Joufflineau C., Ulloa, J.L. (2015). Audience Entrainment During Live Contemporary Dance Performance: Physiological and Cognitive Measures. *Front. Hum. Neurosci.*, 9: 179. DOI: 10.3389/fnhum.2015.00179
- Balconi M., Angioletti L. (2023). Inter-brain Hemodynamic Coherence Applied to Interoceptive Attentiveness in Hyperscanning: Why Social Framing Matters? *Information*, 14: 58. DOI: 10.3390/info14020058
- Battle C.C., Imber S.D., Hoehn-Saric R. (1966). Target Complaints as Criteria of Improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 1: 184-192. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.1966.20.1.184
- Beck A.T., Steer R.A., Gregory B.K. (1996). *BDI-II Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bennett J.L. (2009). Theoretical Considerations Regarding the Use of Buddhist Meditation Practices in Gestalt therapy. *British Gestalt Journal*, 18, 1: 29-33. DOI: 10.53667/ZPDU3232

- 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
- Brown R.P., Gerbarg P.L., Muench F. (2013). Breathing Practices for Treatment of Psychiatric and Stress-related Medical Conditions. *Psychiatric Clinics of North America*, 36, 1: 121-140. DOI: 10.1016/j.psc.2013.01.001
- Elliott R. (2002). Hermeneutic Single-case Efficacy design: An Interpretive Approach to Evaluating Treatment Causality in a Single Case. *Psychotherapy Research*, 12, 1: 1-21. DOI: 10.1080/713869614
- Evans C., Connell J., Barkham M., Margison F., McGrath G., Mellor-Clark J., Audin K. (2002). Towards a Standardised Brief Outcome Measure: Psychometric Properties and Utility of the CORE-OM. *Br J Psychiatry*, 180: 51-60. DOI: 10.1192/bjp.180.1.51
- Fuchs T. (2020). The Circularity of the Embodied Mind. *Front Psychol.*, 11: 1707. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01707
- Fuchs T. (2021). *In Defence of the Human Being: Foundational Questions of an Embodied Anthropology*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gold E., Zahm S. (2018). *Psicologia buddhista e psicoterapia della Gestalt integrate. Una via per la cura nel nuovo millennio*. Milano: FrancoAngeli.
- Goldberg S.B., Tucker R.P., Greene P.A., Davidson R.J., Wampold B.E., Kearney D.J., Simpson T.L. (2018). Mindfulness-based Interventions for Psychiatric disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Psychol Rev.*, 59: 52-60. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.10.011
- Hamilton M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*, 32:50. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Heller M.C. (2012). *Body Psychotherapy: History, Concepts, and Methods*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Herrera Salinas P., Mstibovskiy I., Roubal J., Brownell P. (2020). The Single-Case, Time-Series Study. *Int. J. Psychother.*, 24: 53-65. DOI: 10.36075/IJP.2020.24.3.6/Herrera/Mstibovskiy/Roubal/Brownell.
- Joko Beck C. (1993). *Niente di speciale. Vivere lo Zen*. Roma: Ubaldini.
- Kepner J. (1997). *Body Process. Il lavoro con il corpo in psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli.
- Kepner J. (2003). The Embodied Field. *British Gestalt Journal*, 12,1: 6-14. DOI: 10.53667/WUGR2198
- Macaluso M.A. (2024). *Fenomenologia del sé e relazione terapeutica. Individuo e campo nell'approccio gestaltico*. Milano: FrancoAngeli.
- McLeod J. (2010). *Case Study Research In Counselling and Psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Nhat Hanh T. (1994). *Respira! Sei vivo. Appuntamento con la vita, Momento presente, momento meraviglioso, l'Ordine dell'Interessere*. Roma: Ubaldini.
- Nhat Hanh T. (2012a). *Paura. Supera la tempesta con la saggezza*. Cesena: Bis edizioni.
- Nhat Hanh T. (2012b). *Le quattro verità dell'esistenza*. Milano: Garzanti.
- Nhat Hanh T. (2014). *Trasformare la sofferenza. L'arte di generare la felicità*. Firenze: Terra Nuova edizioni.
- Ogden P., Miton K., Pain C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Paschali M., Lazaridou A., Sadora J., Papianou L., Garland E.L., Zgierska A.E., Edwards R.R. (2024). Mindfulness-based Interventions for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin J Pain.*, 40, 2: 105-113. DOI: 10.1097/AJP.0000000000001173
- Perls F.S., Hefferline R.F., Goodman P. (1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. Roma: Astrolabio.
- Porges S.W. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Milano: Giovanni Fioriti.

- Schore A.N. (2021). The Interpersonal Neurobiology of Intersubjectivity. *Front Psychol.*, 12: 648616. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.648616
- Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., Dunbar G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.*, 59 Suppl. 20: 22-33; quiz 34-57.
- Siegel D.J. (2010). *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Spagnuolo Lobb M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2013). Il corpo come “veicolo” del nostro essere nel mondo. L’esperienza corporea in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, XXVI, 1: 41-65. DOI: 10.3280/GEST2013-001004
- Spagnuolo Lobb M. (2015). Il sé come contatto. Il contatto come sé. Un contributo all’esperienza dello sfondo secondo la teoria del sé della psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, XXVIII, 2: 25-56. DOI: 10.3280/GEST2015-002003
- 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. (2018). Il sé come contatto, il contatto come sé. Un contributo all’esperienza dello sfondo secondo la teoria del sé della psicoterapia della Gestalt. In: Robine J.-M., a cura di, *Sé. Una polifonia di psicoterapeuti della Gestalt contemporanei*, Milano: FrancoAngeli, pp. 263-296.
- Stake R.E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stewart R.E., Chambless D.L. (2010). Interesting Practitioners in Training in Empirically Supported Treatments: Research Reviews Versus Case Studies. *J Clin Psychol.*, 66, 1: 73-95. DOI: 10.1002/jclp.20630
- Tschacher W., Meier D. (2020). Physiological Synchrony in Psychotherapy Sessions. *Psychother. Res.* 30: 558-573. DOI: 10.1080/10503307.2019.1612114
- van Agteren J., Iasiello M., Lo L., Bartholomaeus J., Kopsaftis Z., Carey M., Kyrios M. (2021). A Systematic Review and Meta-analysis of Psychological Interventions to Improve Mental Wellbeing. *Nat Hum Behav.*, 5, 5: 631-652. DOI: 10.1038/s41562-021-01093-w
- Van der Kolk B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Walker S.G., Carr J.E. (2021). Generality of Findings from Single-case Designs: It’s Not All About the “N”. *Behavior Analysis in Practice*, 14, 4: 991-995. DOI: 10.1007/s40617-020-00547-3
- Willemssen J. (2023). What is Preventing Psychotherapy Case Studies from Having a Greater Impact on Evidence-based Practice, and How to Address the Challenges? *Front. Psychiatry* 13: 1101090. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1101090
- Wu Kwang (alias Richard Shrobe) (1986). An Exploration of the Zen Kong-An and Gestalt Impasse. *Primary Point*, 3, 3: 4-13.
- Zaccaro A., Piarulli A., Laurino M., Garbella E., Menicucci D., Neri B., Gemignani A. (2018). How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. *Front Hum Neurosci.*, 12: 353. DOI: 10.3389/fnhum.2018.00353

Il potere delle differenze. Processi di pace e psicoterapia

Seminario teorico-esperienziale internazionale con Marten Bos (Paesi Bassi)
con crediti ECM
Milano, 13-14 novembre 2026



Come psicoterapeuti, siamo chiamati a favorire l'autoregolazione emotiva nei nostri pazienti, l'interesse per l'altro e la fiducia nel dialogo. Gli strumenti clinici che abbiamo a disposizione a volte non bastano per risolvere il malessere da cui le persone sono afflitte.

Il seminario offre spunti per ridefinire la prospettiva del lavoro clinico gestaltico in un mondo polarizzato e traumatizzato.

I partecipanti potranno sperimentare in piccoli gruppi tecniche di gestione dei conflitti basate su un approccio fenomenologico, estetico e di campo.

www.gestalt.it