

# ***Il campo fenomenico interattivo e lo spazio di vita: una traccia per un concetto ecologico di psicoterapia\****

*The Interactive Phenomenological Field and the Space of Life: A Sketch of an Ecological Concept of Psychotherapy*

Thomas Fuchs\*\*



[Ricevuto il 12 gennaio 2026

Accettato per la stampa il 13 febbraio 2026]

## **Abstract**

Based on the phenomenology of the body and ecological psychology, this paper introduces a series of concepts that enable us to overcome the still prevailing idea of an inner psyche and a corresponding individualistic view of psychopathology. These concepts are the phenomenal field, lived space, intercorporeality, and body memory. They correspond to an embodied, enactive, and ecological view of the mind. On the basis of these concepts, psychiatric illnesses may be conceived as relational disorders resulting in various restrictions and impairments of the patient's lived space (where "living space" refers to the totality of the space that a person inhabits and experiences in a pre-reflective manner, encompassing the various situations, conditions and movements that fall within its scope).

From this perspective, rather than locating suffering within the patient or their brain, it can be viewed as a phenomenon that emerges from the relational space in which the person lives. The *psychopathological field* is therefore conceived as a specific alteration of the phenomenal field. An alteration characterised by a tendency to enact and experience patterns of stressful, painful, impaired, or failing interactions and relationships.

\* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

Si ringrazia sentitamente l'autore per aver concesso il permesso di tradurre dall'inglese e pubblicare l'articolo "The Interactive Phenomenal Field and the Life Space: A Sketch of an Ecological Concept of Psychotherapy", apparso nel 2019 sulla rivista *Psychopathology*.

\*\* Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg, Germania, Voßstr. 4 69115 Heidelberg Gebäude 4190. E-mail: thomas.fuchs@med.uni-heidelberg.de

*Note biografiche dell'autore in fondo al saggio.*

*Quaderni di Gestalt (ISSNe 2035-6994), XXXIX, n. 1/2026*

DOI: 10.3280/qg2026-10a22557

The traditional aim of psychotherapy is to produce change primarily in the patient and thus to treat the individual's malfunctions. In contrast, the phenomenological approach shifts the focus from what happens inside of the patient to what emerges in the *interactive phenomenal field* which becomes the major agent of change. The main tasks of psychotherapy, then, are to use the interactive phenomenal field as a means of restructuring the patient's relational patterns and to support his or her capacity to engage in more beneficial interactions with others. In this way, phenomenology is a valuable contribution to a deeper understanding of the intricate processes of the psychotherapeutic encounter. Such a perspective is in line with the relational and intersubjective turn taken by psychoanalysis and psychotherapy in general, not least under the influence of infant and attachment research.

**Keywords:** Phenomenal field, life space, intercorporeality, body memory, ecology.

## Riassunto

Basandosi sulla fenomenologia del corpo e sulla psicologia ecologica, questo articolo introduce una serie di concetti che permettono di superare l'idea ancora prevalente di una psiche interiore e la corrispondente visione individualistica della psicopatologia. Questi concetti sono il campo fenomenico, lo spazio vissuto, l'intercorporeità e la memoria corporea; essi corrispondono a una visione incarnata, enattiva ed ecologica della mente.

I compiti principali della psicoterapia, quindi, sono da ritrovarsi nell'uso del campo fenomenico interattivo come mezzo per ristrutturare le modalità relazionali del paziente e sostenere la sua capacità di impegnarsi in interazioni più vantaggiose e benefiche con gli altri. In questo modo, la fenomenologia può contribuire preziosamente a una comprensione più profonda degli intricati processi dell'incontro psicoterapeutico.

**Parole chiave:** Campo fenomenico, spazio di vita, intercorporeità, memoria del corpo, ecologia.

## 1. Introduzione

L'approccio fenomenologico alla psicoterapia si trova di fronte a una sfida concettuale fondamentale. La nozione stessa di "psiche", come tutti i termini da essa derivati, implica l'idea di un mondo interiore disincarnato e non spazializzato, sia esso conscio o inconscio, situato all'interno dell'individuo, solitamente nel cervello.

Indipendentemente dal fatto che si presuppongano le pulsioni, gli introietti o gli oggetti interni della psicoanalisi, che si creda nei magazzini di memoria, nella "teoria della mente" o nei "moduli del sé" della scienza cognitiva; o che si considerino i centri e i nuclei cerebrali della neurobiologia frenologica come il vero substrato della psiche – in ogni caso, i paradigmi scientifici dominanti sono ancora caratterizzati dalla separazione fondamentale del soggetto dal corpo vivente, dalle sue relazioni con l'ambiente e dalle sue connessioni con gli altri in un mondo della vita condiviso. Tali visioni

sembrano tuttavia inadeguate per cogliere ciò che accade nell'incontro psicoterapeutico.

La fenomenologia si oppone in linea di principio a qualsiasi introiezione della vita psichica in uno spazio interiore disincarnato. Essa considera la persona non come una monade separata che rappresenta il mondo al suo interno, ma piuttosto come un essere incarnato invischiato e interagente con il mondo (Merleau-Ponty, 1962; Leder, 1990; Taipale, 2014). L'“incarnazione” (*embodiment*) indica l'esperienza umana di avere ed essere un corpo; il termine concettualizza il corpo come «un luogo dinamico di esperienze significative piuttosto che come un oggetto fisico distinto dal sé o dalla mente» (Mehling, *et al.*, 2011). Pertanto, invece di essere confinate all'interno della testa, le persone abitano i propri corpi e, attraverso la mediazione del corpo, mettono in atto le loro vite, estese nello spazio e coinvolte con gli altri. Ciò corrisponde a una visione incarnata, enattiva ed ecologica della mente e del cervello (Fuchs, 2018). Tale visione della persona ha conseguenze di vasta portata per i nostri concetti di psicopatologia e psicoterapia. Se la vita psichica si estende nel mondo, allora i disturbi psichiatrici non dovrebbero essere localizzati “all'interno” dell'individuo, sia esso nella psiche o nel cervello. Dovrebbero piuttosto essere considerati come disturbi dell'essere nel mondo, del rispondere alle richieste dell'ambiente in modo autodeterminato e dell'interagire con gli altri in accordo con i propri bisogni di risonanza e risposta.

In altre parole, la psicopatologia passa da un quadro individualistico a uno relazionale, da una cornice internalista a una (inter-)enattiva (Fuchs e Schlimme, 2009; Nielsen e Ward, 2018; De Haan, 2019). I cosiddetti disturbi “mentali” sono in realtà disturbi dell'esistenza corporea e intercorporea a cui le dinamiche sociali contribuiscono in modo significativo. Di conseguenza, la visione biomedica della malattia mentale deve essere estesa e integrata in un concetto ecologico globale (Fuchs, 2018). Conseguentemente a ciò, il compito primario della psicoterapia non sarebbe quello di “lavorare sul paziente” e trattare il suo malfunzionamento, ma piuttosto quello di utilizzare la relazione terapeutica come un campo interattivo che abilita e favorisce interazioni più adeguate e benefiche con gli altri. L'attenzione si sposta da ciò che accade all'interno del paziente a ciò che emerge dal “tra” di paziente e terapeuta (Fuchs e De Jaegher, 2009; Stanghellini, 2016).

Nel seguito di questo articolo, svilupperò alcuni concetti con l'intento di superare quello di introiezione della psiche e riconcettualizzare la psicopatologia e la psicoterapia in un senso incarnato, relazionale ed ecologico. Questi concetti attingono alla fenomenologia del corpo vissuto e dell'intercorporeità (Merleau-Ponty, 1968; Meyer *et al.*, 2017) così come alla psicologia ecologica, in particolare ai concetti di campo fenomenico e dello spazio di vita (Lewin, 1936; Fuchs, 2007; 2011). Questi argomenti saranno poi applicati

alla psicopatologia e al processo psicoterapeutico, giungendo a un concetto ecologico di disturbi psichici e la loro terapia. Per ragioni di spazio, questo concetto non può essere giustificato e sostenuto in modo troppo dettagliato all'interno di questo articolo; può dunque servire come cornice per un ulteriore lavoro di ricerca e, in ultimo, per una comprensione della pratica psicoterapica in un'ottica relazionale e intercorporea.

## 2. Concetti fenomenologici

### 2.1. Campo fenomenico e memoria del corpo

Come punto di partenza per una teoria fenomenologica della psicoterapia, prendo in considerazione il concetto di *campo fenomenico* (Merleau-Ponty, 1962). Esso denota l'esperienza soggettiva estesa spazialmente e temporalmente in un dato momento, riferendosi sia al centro che ai margini della consapevolezza, a ciò che è esplicitamente o solo implicitamente dato. Il campo è costituito da *sentimenti corporei di sfondo*, che colorano e permeano l'ambiente, come sentimenti esistenziali, umori o atmosfere (Ratcliffe, 2008; Fuchs, 2013a; Griffero, 2016), così come dalle relazioni sensomotorie tra il corpo e l'ambiente con le sue funzioni e possibilità. Più specificamente, il campo fenomenico è modellato dalle interazioni sociali del momento, che conducono a fenomeni come la risonanza corporea, l'intercorporeità e l'interaffettività (Fuchs, 2017). Tutti questi fenomeni hanno in comune il fatto che non possono essere attribuiti a una camera interna della coscienza o della psiche, ma sono estesi nel corpo e nello spazio; per citare Merleau-Ponty (1962, p. 51): «questo campo fenomenico non è un “mondo interiore”, il fenomeno non è uno “stato di coscienza” o un “fatto mentale”, e l'esperienza dei fenomeni non è un atto di introspezione» (N.d.C.).

Il campo fenomenico è quindi centrato nel corpo vissuto, che funge da sfondo a ogni esperienza e come mezzo delle proprie relazioni con il mondo.

Il campo non è solo spazialmente ma anche temporalmente esteso; esso contiene sia il *futuro immediato*, cioè le protenzioni o anticipazioni corporee che corrispondono alle *affordances* (“inviti”) dell'ambiente, sia il *passato esperito* sotto forma di una memoria implicita e incarnata. Questa *memoria corporea* designa la totalità delle disposizioni corporee acquisite nel corso del proprio sviluppo (Fuchs, 2011; Casey, 2000; Fuchs, 2012). Attraverso la ripetizione e la sovrapposizione delle esperienze, si forma una struttura abituale: sequenze di movimento ben praticate, forme di azioni e interazioni sono diventate una competenza e un'abilità corporea implicita.

Il corpo è quindi l'insieme delle predisposizioni e capacità acquisite di

percepire, agire, ma anche desiderare e comunicare. Ancorate nella memoria del corpo, queste capacità si estendono sull'ambiente come una rete invisibile che ci relaziona alle cose e alle altre persone. Il corpo è il nostro mezzo permanente per attualizzare il nostro passato e, con ciò, per farci sentire a casa nelle situazioni. È importante notare che ciò che è mediato e messo in atto dalla memoria del corpo è per lo più dimenticato in termini di memoria esplicita; diventa "inconscio". Un esempio di ciò nella vita quotidiana può essere visto nella capacità di scrivere a macchina, che è una memoria "nelle dita" non disponibile alla conoscenza esplicita.

Inoltre, nel campo fenomenico aperto dal corpo vissuto gli altri sono sempre già inclusi; essi sono compresi preriflessivamente nelle loro espressioni corporee e indirizzati implicitamente dal proprio comportamento corporeo.

Fin dalla prima infanzia, i modelli di interazione con gli altri si sedimentano nella memoria corporea del bambino, risultando in quella che può essere chiamata una *memoria intercorporea* (Fuchs, 2012; 2017). Ciò indica una conoscenza implicita e pratica di come interagire con gli altri negli incontri faccia a faccia (Stern *et al.*, 1998). L'intercorporeità forma un sistema sovraordinato di corpi estesi che include il sé e gli altri, il conscio e l'inconscio; non devo cercare molto lontano per incontrare gli altri: li trovo nella mia esperienza, alloggiati negli incavi che mostrano ciò che loro vedono e ciò che io non riesco a vedere. Non siamo in alcun modo chiusi dentro noi stessi (Merleau-Ponty, 1973).

Quindi, la dimensione intersoggettiva o relazionale del campo fenomenico è influenzata in modo cruciale dalla memoria intercorporea di entrambi i *partner* coinvolti, formatasi nel corso della loro rispettiva storia di interazioni. Essa porta con sé le loro aspettative implicite verso gli altri, sottintese nel loro comportamento manifesto per lo più senza la loro consapevolezza.

Inoltre, la memoria intercorporea e la sua messa in atto esprimono gli atteggiamenti di base verso se stessi e gli altri che costituiscono la personalità di ognuno – come diventa ovvio, ad esempio, nella postura sottomessa, nei gesti inibiti e nelle espressioni facciali timide di una persona dipendente (Fuchs, 2017).

## 2.2. Spazio di vita

Su scala più ampia, il campo fenomenico esperito nel presente può essere esteso dal concetto di spazio di vita. Esso risale alla "psicologia topologica" o "di campo" di Lewin (1936) ed è stato successivamente ripreso dalla psicologia ecologica (Barker, 1968; Graumann, 1978; Gibson, 1986). Lo spazio di

vita – o *spazio vissuto*<sup>1</sup> – può essere considerato come la totalità dello spazio che una persona abita ed esperisce preriflessivamente, con le sue situazioni, condizioni e movimenti e il suo orizzonte di possibilità – cioè, l’ambiente e la sfera d’azione di un soggetto corporeo. Questo spazio non è omogeneo ma è piuttosto centrato attorno alla persona e al suo corpo. È caratterizzato da qualità come vicinanza o distanza, ampiezza o ristrettezza, connessione o separazione, ed è strutturato da confini fisici o simbolici che oppongono resistenza al movimento. Ciò si traduce in domini più o meno distinti come lo spazio peripersonale o intimo, il proprio territorio o proprietà, e la sfera di influenza di una persona, ma anche domini di restrizione, proibizione o tabù e altro.

Lo spazio di vita è ulteriormente permeato da *forze di campo* percepite o *vettori* (Lewin, 1936), in primo luogo quelli che attraggono e respingono. Essi emanano da *valenze* attraenti o aversive o *affordance* (funzioni) offerte dall’ambiente, che corrispondono ai bisogni primari di un essere umano, siano essi biologici o sociali. Forze attraenti o repulsive in competizione nello spazio di vita portano a conflitti tipici come attrazione vs. avversione, attrazione vs. attrazione, ecc. Possono essere considerate come direzioni contrastanti di movimento o possibilità che vengono offerte a una persona in una data situazione. Inoltre, lo spazio di vita è caratterizzato da effetti di «gravitazione» e «radiazione» o da «curvature dello spazio» (Fuchs, 2007).

Un buon esempio di forze di campo e curvature contrastanti è offerto dalla situazione di un bambino piccolo che è diviso tra il suo legame con la madre e la curiosità (Stern, 2008). La madre è innanzitutto il “porto sicuro”, il centro di gravità, per così dire, che curva lo spazio esperito del bambino in modo tale che egli rimanga nelle sue vicinanze. Il campo fenomenico acquisisce così un gradiente: più il bambino si allontana dalla madre, più lo spazio diventa vuoto o solitario. Poco a poco, la spinta esplorativa del bambino diminuisce il legame con la madre, rendendo possibile aumentare la distanza contro il gradiente – solo finché il legame non è troppo teso, e il bambino, alla fine, corre di nuovo dalla madre.

Questo esempio illustra anche il fatto che le rispettive strutture di campo si basano sulla memoria corporea, in questo caso la storia delle esperienze che il bambino ha avuto nella vicinanza e sicurezza con sua madre – la ricerca sull’attaccamento lo ha dimostrato in dettaglio.

<sup>1</sup> Entrambi i termini non sono chiaramente distinti; nella tradizione fenomenologica, lo «spazio vissuto» così come introdotto da Minkowski (1970) è il termine più comunemente utilizzato. Io lo uso in ciò che segue nell’articolo per enfatizzare l’aspetto esperito o sentito dello spazio di vita. Per una storia del concetto di «spazio vissuto», vedere anche quanto espresso da Griffero (2014). Un’altra nozione correlata è quella di “mondo della vita”, che io preferisco utilizzare per connotare uno sfondo di vita più genericamente intersoggettivo e culturale, che include presupposti condivisi, norme, regole del senso comune e altro.

Un altro proverbiale esempio si ritrova nei detti: “un bambino bruciato teme il fuoco”, o “chi si scotta con l’acqua calda, teme anche quella fredda”, che illustrano gli effetti *avversivi* della memoria corporea: come risultato di esperienze negative, oggetti o zone di pericolo verranno evitati in modo intuitivo. Un terzo esempio è offerto dalle zone di proibizione che restringono i movimenti del bambino in modo che i suoi impulsi spontanei interferiscano con gli imperativi genitoriali nella misura in cui essi hanno lasciato un gradiente negativo nel suo spazio di vita.

Lo spazio di vita di un individuo all’interno del proprio ambiente potrebbe essere concepito come la sua *nicchia ecologica* (Fuchs, 2007). In analogia con la nicchia biologica, esso indica l’ambiente fisico e sociale che corrisponde alle disposizioni, i bisogni e le intenzioni di una persona. La nicchia ecologica potrebbe essere differenziata secondo la forma di sfere concentriche, suddividendo tra la dimensione di coppia, la famiglia, la casa, il vicinato, il luogo di lavoro, la comunità, la patria. Abitare la propria nicchia è un aspetto essenziale dello spazio vissuto (Thoma e Fuchs, 2018a). Potremmo affermare che, di base, una persona cerca e dà forma a un ambiente che risponde alle sue azioni e offre le valenze delle sue potenzialità, attivando cicli di *feedback* di *attività risposta* (Willi, 1999). Di conseguenza, la capacità di una persona di rispondere adeguatamente alle *affordance* e alle richieste del proprio ambiente, specialmente quelle provenienti da altri, potrebbe essere denominata *reattività*.

### 3. Il campo psicopatologico

Come possiamo notare, i concetti di campo fenomenico e spazio di vita sono adatti al superamento dell’introiezione dualistica. Essi spostano ciò che normalmente osserviamo come condizioni interne e processi della psiche di nuovo nel mondo esperito, in cui appaiono come disposizioni corporee, tendenze all’azione, forze di campo e potenzialità. Come conseguenza, la psicopatologia fenomenologica non rimane più limitata al rilevare gli stati mentali nascosti ma diviene una *psicopatologica ecologica e di campo*. I così detti disturbi mentali sono concepiti come disturbi dell’esistenza corporea e intercorporea di un soggetto e della sua attività di risposta nello spazio di vita. In questo senso, la malattia non è “nel paziente” ma piuttosto è il paziente ad essere “nella malattia” – ossia, in un mondo alterato che non incontra più i bisogni di base della persona e le sue aspettative. Questo mondo manca della risonanza sociale, riconoscimento e affermazione da cui gli esseri umani sono intrinsecamente dipendenti.

Piuttosto che localizzare la sofferenza all’interno del paziente o nel suo

cervello, dovremmo perciò osservarla come un fenomeno emergente dello spazio relazionale in cui egli sta vivendo (Francesetti, 2015). Il *campo psicopatologico* potrebbe essere quindi concepito come un'alterazione specifica del campo fenomenico caratterizzata da una tendenza ad agire ed esperire *pattern* di interazioni e relazioni stressanti, dolorose, compromesse o fallaci.

In corrispondenza di ciò, la psicopatologia presenta varie restrizioni o deformazioni dello spazio di vita, come ad esempio zone di tabù nei pazienti ossessivi o zone di evitamento implicito nei pazienti fobici o postraumatici.

Come risultato, i gradi di libertà nel comportamento e nell'agire in accordo con i propri bisogni sono significativamente ridotti. Indubbiamente, le dinamiche interattive danno una certa forma al campo; una psicopatologia relazionale non dovrebbe essere ridotta all'individuo.

Ciò potrebbe essere illustrato dall'esempio della depressione: in *primis*, può essere descritta come una *costrizione* generale del corpo vissuto (inibizione psicomotoria, mancanza di spinta, oppressione, e ansia) e una conseguente perdita della risonanza emotiva con gli altri che è normalmente mediata dal corpo. Questo porta a un disturbo della responsività del paziente e del suo scambio con l'ambiente sociale. La depressione diviene dunque un disturbo dell'intercorporeità e dell'interaffettività, risultando in una più o meno severa restrizione dello spazio di vita (Fuchs, 2005; 2013b). Generalmente, i sintomi di un disturbo psichico possono manifestarsi direttamente in un'attrazione dell'incarnazione, come appunto la costrizione corporea ("iper-incarnazione") nella depressione, o la "disincarnazione" e la mancanza di sintonizzazione nella schizofrenia (Fuchs e Schlimme, 2009; Stanghellini, 2004). Altri sintomi possono invece essere considerati reazioni secondarie del paziente, che hanno lo scopo di mantenere almeno un controllo ridotto, come nel caso dell'autolesionismo, i disturbi dell'alimentazione e i comportamenti ipocondriaci o compulsivi.

È importante sottolineare che una parte cruciale del campo psicopatologico sfugge alla stessa consapevolezza del paziente e rimane inconscia. Da un punto di vista fenomenologico, l'inconscio non è un'entità intrapsichica nascosta che si localizza in qualche profondità "sotto la coscienza" o in una dimensione verticale. Piuttosto, esso si manifesta in una dimensione orizzontale del campo fenomenico, come sottolinea Merleau-Ponty (1968, p. 180):

questo inconscio deve essere cercato non al fondo di noi stessi o dietro la nostra "coscienza" ma piuttosto di fronte a noi, nelle articolazioni del nostro campo. È "inconscio" poiché non è oggetto ma è ciò attraverso il quale gli oggetti si fanno possibili; è la costellazione da cui il nostro futuro può essere letto (N.d.C.).

Quindi, i blocchi inconsci assomigliano a distorsioni o restrizioni nello spazio vissuto di una persona, causate da un passato che continua a essere implicitamente presente nella memoria e nelle disposizioni corporee. Le tracce di ciò possono essere notate nei “punti ciechi”, nelle interruzioni, nelle rientranze o curvature dello spazio vissuto di un paziente: nelle azioni o oggetti che lui o lei evita o nei processi interattivi nei quali entra addirittura in contrasto con le proprie intenzioni coscienti. La condotta di vita stessa del paziente manifesta un lato al rovescio, un’alterità nascosta a lui stesso (Stanghellini, 2016; Fuchs, 2011).

In questo modo, un trauma emotivo causa *zone di evitamento* nello spazio di vita: un soggetto evita in mondo inconscio l’ingresso in situazioni simili o il trovarsi in prossimità di possibili persone minacciose. L’evitamento è divenuto parte della memoria corporea; viene agito senza una consapevolezza esplicita. Il *pattern* opposto può essere ritrovato nel concetto psicodinamico di “coazione a ripetere”. In questo caso, l’individuo è intrappolato più e più volte negli stessi processi disfunzionali di comportamento e relazione, anche se tenta di evitarli a tutti i costi sul piano conscio. Lo spazio di vita è curvato positivamente attorno a queste aree, per come esse erano, e sono divenute “zone di attrazione”. Allo stesso tempo, altri soggetti prendono parte a questi pattern relazionali, risultando in dinamiche collusive e disadattive attraverso le quali entrambi i *partner* non riescono a vedere, come accade ad esempio nelle coppie o in altre relazioni diadiche (Willi, 1982; Gerson, 2004).

In questo modo, l’inconscio è esteso in uno spazio sociale come inconscio orizzontale o *relazionale* che emerge dalla storia degli individui e influenza il loro comportamento. Esso si manifesta in un campo fenomenico interattivo in modo tale da attirare entrambi i partner nelle proprie dinamiche preimpostate, spesso da ritrovarsi nei più piccoli segnali corporei come un momento di esitazione, uno sguardo evitato, una voce che si abbassa, e altro. Così, i precedenti *pattern* di attaccamento sono implicitamente riattualizzati e agiti, aspetto che avviene in modo particolare nelle relazioni intime e, ultima non per importanza, nella psicoterapia (Amini *et al.*, 1996; Mikulincer e Shaver, 2012).

#### 4. Il campo fenomenico in psicoterapia

Sulla base dei concetti sviluppati fino a qui, il principale compito della psicoterapia diviene quello di modificare e ristrutturare lo spazio vissuto del paziente al fine di accrescere i suoi gradi di libertà, di estendere l’orizzonte delle possibilità e abilitare relazioni più soddisfacenti con gli altri. In quale modo si può portare avanti questa ristrutturazione? Lo scopo tradizionale

della psicoterapia è quello di produrre un cambiamento primariamente nel paziente e dunque di trattare ciò che non in funziona in lui o lei. In contrasto a ciò, l'approccio fenomenologico sposta il focus da ciò che accade dentro il paziente a ciò che emerge nel *campo fenomenico interattivo* che diventa il principale agente del cambiamento. Questa prospettiva è in linea con la svolta relazionale e intersoggettiva assunta dalla psicanalisi (Atwood e Stolorow, 2014; Brandchaft *et al.*, 2014) e dalla psicoterapia in generale, non da ultimo sotto l'influenza della ricerca sull'attaccamento e sul bambino (Stern, 1985; Beebe e Lachmann, 2003). Altri contributi di rilievo sono stati avanzati dall'approccio ecologico di Willi (1999) e dal metodo PHD (Phenomenology, Hermeneutic, PsychoDynamics) di Stanghellini (2019).

Il campo interattivo si disvela tra paziente e terapeuta, emergendo dalla loro presenza corporea nella situazione, la loro postura, le espressioni facciali e i gesti, la respirazione e le voci. Ciò genera una *risonanza intercorporea*, che può essere anche descritta come un'estensione reciproca e sovrapposizione degli schemi corporei (Fuchs, 2017; Froese e Fuchs, 2012). Tutto questo include componenti quali movimenti imitativi, comportamenti sincronizzati e coviazioni ritmiche delle espressioni (Davis, 1982; Kendon, 1990; Tschacher *et al.*, 2014). Come può essere mostrato negli studi sulla psicoterapia, l'estensione della coordinazione interattiva tra paziente e terapeuta è connessa alla qualità della relazione, dell'empatia, dell'attaccamento e dei risultati positivi misurati nella riduzione del sintomo e nella percezione di auto-efficacia (Levenson e Ruef, 1997; Ramseyer e Tschacher, 2011).

Il campo fenomenologico coinvolge e influenza entrambi i *partner*, per larga parte senza che loro ne siano consapevoli. Questo crea uno spazio affettivo condiviso, che è anche manifestato come un'*atmosfera interpersonale* – ossia, la tipica atmosfera della depressione, nella quale sia paziente che terapeuta possono esperire un senso di pesantezza, rassegnazione e futilità, o l'atmosfera dell'alienazione schizofrenica, ben nota come «sentimento di precocità» (Ruemke, 1990; Pallagrosi e Fonzi, 2018).

Queste qualità del campo già trasmettono importanti informazioni diagnostiche. Per di più, come evidenziato sopra, il campo riattualizza anche le memorie incarnate di entrambi i *partner* e i *pattern* relazionali che vengono rimessi in atto nell'incontro.

In questo modo, le zone di attrazione o di evitamento, i punti ciechi o le interruzioni nello spazio vissuto del paziente possono diventare visibili grazie all'illuminazione speciale del campo interattivo. Comunque sia, l'inconscio si manifesta meno nel comportamento ovvio rispetto ai suoi rovesci o lati nascosti. Quando un paziente mostra un sorriso artefatto che cancella una paura inconscia di provare una vergogna devastante, questo può solo essere compreso se l'espressione viene vista "in negativo" (come il negativo di una

pellicola). Ciò presuppone, comunque, la ricerca di ciò che è represso non nelle “profondità della psiche” ma piuttosto già nelle apparentemente superficiali espressioni corporee e nel comportamento.

Al fine di modificare i *pattern* relazionali impliciti come questo, essi devono essere attivati come agiti nel processo terapeutico. Solo allora possono essere sostituiti da esperienze correttive, specialmente nei momenti di coreponsione empatica tra paziente e terapeuta («momenti di incontro», Stern *et al.*, 1998). Questo richiede al terapeuta di essere sensibile alla propria risonanza intercorporea (tradizionalmente chiamata *controtransfert*), utilizzandola come un tipo di sismografo per i cambiamenti sottili del campo (Stanghellini, 2016; Francesetti, 2015). Il campo interattivo non solo attualizza il passato ma proietta anche potenziali percorsi verso il futuro. Con l’accretere dell’intuizione, il terapeuta può sviluppare un senso di apertura e curiosità per le possibilità implicite del campo fenomenico e modularlo attraverso piccole reazioni portate “momento dopo momento” nel processo terapeutico, senza tentare di controllarlo.

Certamente, la comprensione empatica e l’interazione da sole non sono utili in tutti i casi. Per evitare le insidie dei *pattern* relazionali del paziente, il terapeuta dovrebbe essere ben consapevole del processo interpersonale nel quale è coinvolto. In caso contrario, egli rischierà di essere attirato negli «spazi di attrazione» del paziente o, altrimenti, di prendere parte senza la propria volontà ai suoi evitamenti (Merten e Krause, 2003). Se un paziente, ad esempio, evita un’esperienza di vergogna o una visione imbarazzante di sé, non sarebbe di aiuto condividere la sua ansia e muoversi cautamente attorno a questa zona delicata. Il terapeuta dovrebbe piuttosto sviluppare un senso intuitivo delle regioni di evitamento presenti nel campo relazionale al fine di neutralizzarle il più possibile con esperienze correttive nello spazio sicuro della terapia. In questo modo lo spazio vissuto del paziente può essere rischiarato e le sue possibilità espanse, e ciò può essere trasferito alle sue relazioni quotidiane.

Questa sensibilità al campo fenomenico può anche essere acquisita dai pazienti stessi. Una capacità centrale che apprendono attraverso l’apprendimento e la ripetizione è l’abilità di notare le sensazioni corporee, i sentimenti e i pensieri così come emergono nella loro immediatezza. Il terapeuta dovrebbe istruire il paziente a discernere, esprimere e verbalizzare questi sentimenti, possibilmente con un atteggiamento accettante, ossia, senza dare loro una valutazione o rifiutandoli. L’affermazione sottostante a ciò è che la mancanza di consapevolezza e discernimento delle sensazioni corporee è un serio inconveniente nei pazienti psichiatrici, in particolar modo in quelli affetti da alessitimia, disturbi somatoformi e del comportamento alimentare

(Pollatos *et al.*, 2008; Pollatos *et al.*, 2011). Migliorare la loro consapevolezza corporea potrebbe portare con sé importanti materiali e indicazioni per il processo terapeutico.

Su un simile sfondo fenomenologico, Gendlin (2012) ha sviluppato il Metodo di Focalizzazione, istruendo i pazienti a prestare attenzione ai propri “sensi sentiti” nel corpo o “sentimenti viscerali” in una situazione immaginata o incontrata faccia a faccia come strumento di chiarificazione. Muovendosi tra la verbalizzazione del senso sentito e la comparazione del contenuto con i propri sentimenti, le vaghe sensazioni corporee dello sfondo vengono differenziate e riferite al contesto intenzionale, stimolando ulteriori sviluppi.

Ciò dimostra ancora una volta che il campo fenomenico, permeato dalla memoria corporea e dalle tendenze inconscie, ha un significato *protensionale* o diretto al futuro, che è uno dei presupposti principali per un processo terapeutico creativo.

Guardando al di là dello spazio di vita oltre la diade terapeutica, un approccio fenomenologico dovrebbe anche servire a comprendere meglio e concettualizzare il campo relazionale in cui il paziente vive – famiglie, comunità, organizzazioni, ecc. Certamente, riconoscere e trattare i disturbi di quei campi è il cuore della terapia sistemico familiare (si veda, ad esempio, Palazzoli, 1998). Un approccio fenomenologico ed ecologico perseguirà anch’esso questo scopo senza, però, dissolvere la psicopatologia e la sofferenza individuale nei meccanismi disfunzionali dei sistemi. Un metodo fenomenologico che renda il campo sociale visibile è stato sviluppato nelle cosiddette «costellazioni familiari» (Stiefel *et al.*, 2002; Cohen, 2006). In questo caso il cliente dispone altri membri del gruppo terapeutico in una costellazione spaziale in quanto rappresentanti della propria famiglia – che si posizionano vicini o distanti, che vengono posti di spalle o *vis à vis* con altri membri, e così via. I rappresentanti della famiglia hanno poca o nessuna conoscenza concreta delle persone che stanno impersonando. Nonostante ciò, sulla mera base della loro posizione all’interno della costellazione, riescono a esperire sentimenti, sensazioni corporee o tendenze di movimento che arrivano molto vicine alle esperienze nella famiglia reale. Le loro asserzioni informano quindi il processo di esplorazione della posizione, del ruolo e delle emozioni dei membri della famiglia, così come delle dinamiche familiari nella loro globalità. Quindi, la configurazione scelta rappresenta una costellazione di relazioni sentite che si sono sedimentate nelle memorie corporea e spaziale del cliente come un estratto di innumerevoli esperienze con la propria famiglia. Questa rete invisibile di interrelazioni è resa visibile attraverso la costellazione familiare.

In ultimo, un approccio fenomenologico allo spazio di vita può anche servire come base concettuale per la psichiatria sociale (Thoma e Fuchs, 2018a;

2018b). Osservare lo spazio di vita del paziente come la sua *nicchia ecologica* formata da sfere concentriche di coppia, famiglia, casa, vicinato, luogo di lavoro, comunità e luogo di origine conduce a una comprensione più ampia del campo relazionale che condiziona e influenza la sua malattia. Su queste basi, la terapia familiare e sociale cercheranno di sviluppare la sintonizzazione del paziente allo spazio sociale e alla capacità responsiva degli altri ai suoi bisogni. Approcci come l'*assertive community treatment* e l'*open dialogue* si focalizzano sull'esperienza del paziente del proprio spazio privato e di comunità fuori dai confini istituzionali (Seikkula, *et al.*, 2011; Seikkula, 2019). Il loro scopo è quello di stabilire un dialogo tra i membri di questi spazi e l'individuo, potenzialmente utile per prevenire, ad esempio, il riemergere di episodi schizofrenici.

## 5. Conclusione

Il campo fenomenico, lo spazio di vita, l'intercorporeità e la memoria corporea posso essere guardati come concetti che ci permettono di superare l'idea prevalente di una psiche interna e di una conseguente visione individualistica della psicopatologia. Le strutture interne di personalità sono sostituite da disposizioni incarnate che vengono agite nel mondo; gli stati mentali isolati lasciano il posto ai processi interattivi e relazionali, e i concetti cognitivisti quali la teoria della mente o "mentalizzazione" sono sostituiti, o almeno fondati sui concetti di intercorporeità e interaffettività (Fuchs, 2017).

Lo spazio di vita implica un'unità di processi corporei, sensomotori, affettivi e intersoggettivi che vengono esperiti e agiti in una modalità preriflessiva e spaziale. In questo senso essi costituiscono anche uno strato implicito del processo psicoterapico. Da un punto di vista fenomenologico, l'inconscio non è dunque più localizzato in una sfera mentale interna quanto piuttosto nel campo interattivo che emerge dall'incontro di paziente e terapeuta. Le loro memorie corporee formano una struttura storica delle esperienze relazionali passate che vengono rimesse in atto nel processo terapeutico, risultando in ciò che può essere denominato *transfert corporeo* e *controtransfert*.

Un approccio fenomenologico può consentire al terapeuta di aumentare la propria consapevolezza dei fenomeni a ciò connessi, come postura, espressività, risonanza, sincronicità, presenza, distanza e atmosfera. Utilizzare queste informazioni del "panorama" per la diagnosi e la terapia richiede in particolare modo la presenza corporea del terapeuta e un'interazione autentica.

Così, da un punto di vista fenomenologico, il processo della psicoterapia diviene esperienziale e incarnato, piuttosto che cognitivo, orientato all'*insi-*

ght o “archeologico”. Le modalità abituali o implicite del paziente di interfacciarsi con gli altri sono di nuovo agite nel “qui e ora” della relazione terapeutica e possono essere cambiate attraverso nuove esperienze. In una tale visione, non è tanto il passato esplicito a divenire il *focus* del processo terapeutico quanto piuttosto il passato implicito che organizza e struttura il campo fenomenico del relazionarsi agli altri. Come abbiamo visto, comunque, è soprattutto un comportamento inaspettato (e non uno concordante) del terapeuta a permettere al paziente di fare un’esperienza relazionale correttiva e rompere un *pattern* di comportamento radicato.

Sulla base di una visione fenomenologica, incarnata ed enattiva dei disturbi psichiatrici, vari approcci psicoterapici e metodi possono essere applicati, dei quali ho solo fatto pochi esempi. Certamente, altri possono essere menzionati come l’approccio gestaltico e le terapie corporee, che hanno una particolare affinità con la fenomenologia del corpo (Payne *et al.*, 2019). In qualsiasi caso, il loro scopo comune è di usare il campo fenomenico interattivo per sviluppare o ripristinare la capacità del paziente di prendere parte a più adeguate e benefiche interazioni con gli altri. Su questo sentiero, la fenomenologia può dare un contributo di valore a una comprensione più profonda degli intricati processi dell’incontro psicoterapeutico.

Traduzione di  
Mattia Romano\*

**Thomas Fuchs:** Professore di Filosofia e di Psichiatria all’Università di Heidelberg (cattedra precedentemente ricoperta da Karl Jaspers) e presidente della società tedesca di antropologia fenomenologica, psichiatria e psicoterapia (DGAP). Il suo campo di ricerca spazia dalla fenomenologia alla psicopatologia, dalle scienze cognitive incarnate ed enattive ai concetti interattivi di cognizione sociale. Ha coordinato importanti progetti di ricerca, fra cui lo *European Research Training Network Towards an Embodied Science of Intersubjectivity* (Tesis, 2011-2016).

## BIBLIOGRAFIA

- Amini F., Lewis T., Lannon R., Louie A., Baumbacher G., McGuinness T., Zirker Schiff E. (1996). Affect, Attachment, Memory: Contributions Toward Psychobiologic Integration. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 59, 3: 213-239.
- Atwood G.E., Stolorow R.D. (2014). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology and Contextualism*. New York, NY; London, UK: Routledge.

\* Psicoterapeuta della Gestalt, allievo didatta presso la Scuola di Specializzazione dell’Istituto di Gestalt HCC Italy.

- Barker R.G. (1968). *Ecological Psychology: Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behavior*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Beebe B., Lachmann F.M. (2003). The Relational Turn in Psychoanalysis: A Dyadic Systems View from Infant Research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39, 3: 379-409.
- Brandchaft B., Atwood G.E., Stolorow, R.D. (2014). *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. New York, NY; London, UK: Routledge.
- Casey E. (2000). *Remembering: A Phenomenological Study*. Bloomington, IN: Indiana University Press
- Cohen D.B. (2006). Family Constellations: An Innovative Systemic Phenomenological Group Process from Germany. *The Family Journal*, 14, 3: 226-233. DOI: 10.1177/1066480706287222
- Davis M., Ed. (1982). *Interaction Rhythms: Periodicity in Communicative Behavior*. New York, NY: Human Sciences Press
- De Haan S. (2019). *An Enactive Approach to Psychiatry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press (trad. it.: *Un approccio enattivo alla psichiatria*. Milano: Raffaello Cortina, 2020).
- Francesetti G. (2015). From Individual Symptoms to Psychopathological Fields: Towards a Field Perspective on Clinical Human Suffering. *British Gestalt Journal*, 24, 1: 5-19. DOI: 10.53667/QQWT3472
- Froese T., Fuchs T. (2012). The Extended Body: A Case Study in the Neurophenomenology of Social Interaction. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 11, 2: 205-236. DOI: 10.53667/QQWT3472
- Fuchs T. (2005). Corporealized and Disembodied Minds: A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 12, 2: 95-107. DOI: 10.1353/ppp.2005.0040
- Fuchs T. (2007). Psychotherapy of the Lived Space: A Phenomenological and Ecological Concept. *American Journal of Psychotherapy*. 61, 4: 423-439. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.4.423>
- Fuchs T. (2011). Body Memory and the Unconscious. In: Lohmar D., Brudzinska J., Eds., *Founding Psychoanalysis: Phenomenological Theory of Subjectivity and the Psychoanalytical Experience*. Dordrecht, NL: Kluwer.
- Fuchs T. (2012). *The Phenomenology of Body Memory*. In: Koch S., Fuchs T., Summa M., Müller C., Eds., *Body Memory, Metaphor and Movement*. Amsterdam, NL: John Benjamins
- Fuchs T. (2013a). The Phenomenology of Affectivity. In: Fulford K.W., Davies M., Gipps R., Graham G., Sadler J., Stanghellini G., Thornton T., Hugheset J., Eds., *Oxford Handbook of the Philosophy of Psychiatry*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Fuchs T. (2013b). Depression, Intercorporeality and Interaffectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 20, 7/8: 219-238.
- Fuchs T. (2017). Intercorporeality and Interaffectivity. In: Meyer C., Streeck J., Jordan S., Eds., *Intercorporeality: Emerging Socialities in Interaction*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Fuchs T. (2018). *Ecology of the Brain: The Phenomenology and Biology of the Embodied Mind*. Oxford, UK: Oxford University Press (trad. it.: *Ecologia del cervello. Fenomenologia e biologia della mente incarnata*. Roma: Astrolabio Ubaldini, 2021).
- Fuchs T., De Jaegher H. (2009). Enactive Intersubjectivity: Participatory Sense-Making and Mutual Incorporation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 8, 4: 465-486. DOI: 10.1007/s11097-009-9136-4
- Fuchs T., Schlimme J.E. (2009). Embodiment and Psychopathology: A Phenomenological Perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 6: 570-575. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283318e5c
- Gendlin E.T. (2012). *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential*

- Method. New York, NY: Guilford Press (trad. it.: *Psicoterapia orientata al Focusing: manuale del metodo esperienziale*. Roma: Astrolabio Ubaldini, 2016).
- Gerson S. (2004). The Relational Unconscious: A Core Element of Intersubjectivity, Thirdness, and Clinical Process. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73, 1: 63-98
- Gibson J.J. (1986). *The Ecological Approach to Visual Perception*. Hillsdale, NJ: Psychology Press.
- Graumann C.F., Eds. (1978). *Ökologische Perspektiven in der Psychologie*. Bern, CH: Huber.
- Griffero T. (2014). Atmospheres and Lived Space. *Studia Phaenomenologica*, 14: 29-51. DOI: 10.5840/studphaen2014144
- Griffero T. (2016). *Atmospheres: Aesthetics of Emotional Spaces*. New York, NY; London, UK: Routledge.
- Kendon A. (1990). *Conducting Interaction: Patterns of Behavior in Focused Encounters*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Leder D. (1990). *The Absent Body*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Levenson R.W., Ruef A.M. (1997). Physiological Aspects of Emotional Knowledge and Rapport. In: Ickes W., Ed., *Empathic Accuracy*. New York, NY: Guilford Press.
- Lewin K. (1936). *Principles of Topological Psychology*. New York, NY: McGraw-Hill (ed. or.: *Grundzüge der Topologischen Psychologie*. Berlin, DE: Springer, 1933).
- Mehling W.E., Wrubel J., Daubenmier J.J., Price C.J., Kerr C.E., Silow T., Gopisetty V., Stewart A.L. (2011). Body Awareness: A Phenomenological Inquiry into the Common Ground of Mind-body Therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6: 6. DOI:10.1186/1747-5341-6-6
- Merleau-Ponty M. (1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul (ed. or.: *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1945. Trad. it.: *Fenomenologia della percezione*. Milano: Il Saggiatore, 1965)
- Merleau-Ponty M. (1968). *The Visible and the Invisible*. Evanston, IL: Northwestern University Press (ed. or.: *Le visible et l'invisible*. Paris, FR: Gallimard, 1964; trad. it.: *Il visibile e l'invisibile*. Milano: Il Saggiatore, 1969).
- Merleau-Ponty M. (1973). *Adventures of the Dialectic*. Evanston, IL: Northwestern University Press (ed. or.: *Les Aventures de la Dialectique*. Paris, FR: Gallimard, 1955; trad. it.: *Umanesimo e terrore. Le avventure della dialettica*. Milano: Sugar, 1965).
- Merten J., Krause R. (2003). What Makes Good Therapists Fail? In: Philippot P., Coats E.J., Feldman R.S., Eds., *Nonverbal Behavior in Clinical Settings*. Oxford, UK: Oxford University Press, pp. 111-125).
- Meyer C., Streeck J., St. John J.J., Eds. (2017). *Intercorporeality: Emerging Socialities in Interaction*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Mikulincer M., Shaver P.R. (2012). An Attachment Perspective on Psychopathology. *World Psychiatry*, 11, 1: 11-15. DOI: /10.1016/j.wpsyc.2012.01.003
- Minkowski. E. (1970). *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies*. Evanston, IL: Northwestern University Press (ed. or.: *Le Temps vécu: études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris, FR: Presses Universitaires de France, 1933; trad. it.: *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Torino: Einaudi, 2004).
- Nielsen K., Ward T. (2018). Towards a New Conceptual Framework for Psychopathology: Embodiment, Enactivism, and Embedment. *Theory & Psychology*, 28, 6: 800-822. DOI: 10.1177/0959354318808394
- Palazzoli M.S. (1988). *The Work of Mara Selvini Palazzoli*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Pallagrosi M., Fonzi L. (2018). On the Concept of Praecox fFeling. *Psychopathology*, 51, 6: 353-361. DOI: 10.1159/000494774
- Payne H., Koch S., Tantia J., Fuchs T., Eds. (2019). *Embodied Perspectives in Psychotherapy*. New York, NY; London, UK: Routledge.

- Pollatos O., Herbert B.M., Wankner S., Dietel A., Wachsmuth C., Henningsen P., Sack M. (2011). Autonomic Imbalance Is Associated with Reduced Facial Recognition in Soma-toform Disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 4: 232-239. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2011.07.009
- Pollatos O., Kurz A.L., Albrecht J., Schreder T., Kleemann A.M., Schöpf V., Kopietz R., Wiesmann M., Schandry R. (2008). Reduced Perception of Bodily sGnals in Anorexia Nervosa. *Eating Behaviors*, 9, 4: 381-388. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2008.06.003
- Ramseyer F., Tschacher W. (2011). Nonverbal Synchrony in Psychotherapy: Coordinated Body Movement Reflects Relationship Quality and Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 3: 284-295. DPO: 10.1037/a0023425
- Ratcliffe M. (2008). *Feelings of Being: Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ruemke H.C. (1990). The Nuclear Symptoms of Schizophrenia and the Praecox Feeling *History of Psychiatry*, 1, 3: 331-341. DOI: 10.1177/0957154X9000100304
- Seikkula J. (2019). Psychosis Is not an Illness but a Survival Strategy in Severe Stress: A Proposal for an Addition to a Phenomenological Point of View. *Psychopathology*. DOI: 10.1159/000500162
- Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J. (2011). The Comprehensive Open-dialogue Approach in Western Lapland. Long-term Stability of Acute Psychosis Outcomes in Advanced Community Care. *Psychosis*, 3, 3: 192-204. DOI: 10.1080/17522439.2011.584707
- Stanghellini G. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Stanghellini G. (2016). *Lost in Dialogue: Anthropology, Psychopathology, and Care*. Oxford: Oxford University Press (trad. it.: *Perdersi nel dialogo. Antropologia, psicopatologia e cura*. Milano: Raffaello Cortina, 2017).
- Stanghellini G. (2019). The PHD Method for Psychotherapy: Integrating Phenomenology, Hermeneutics and Psychodynamics. *Psychopathology*, 52, 2: 75-84. DOI: 10.1159/000500272
- Stern D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York, NY: Basic Books (trad. it.: *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987).
- Stern D.N. (2008). *Diary of a Baby: What Your Child Sees, Feels, and Experiences*. New York, NY: Basic Books.
- Stern D.N., Bruschweiler-Stern N., Harrison A.M., Lyons-Ruth K., Morgan A.C., Nahum J.P., Tronick C. (1998). The Process of Therapeutic Change Involving Implicit Knowledge: Some Implications of Developmental Observations for Adult Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 3: 300-308.
- Stiefel I.P., Harris P., Zollmann A.W. (2002). Family Constellation: A Therapy Beyond Words. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 23, 1: 38-44. DOI: 10.1002/j.1467-8438.2002.tb00224.x
- Taipale J. (2014). *Phenomenology and Embodiment. Husserl and the Constitution of Subjectivity*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Thoma S., Fuchs T. (2018a). Inhabiting the Shared World: Phenomenological Considerations on Sensus Communis, Social Space and Schizophrenia. In: Hipólito I., Gonçalves J., Pereira J.G., Eds., *Schizophrenia and Common Sense: Explaining the Relation Between Madness and Social Values*. Cham, CH: Springer.
- Thoma S., Fuchs T. (2018b). A phenomenology of Sensus Communis: Outline of a Phenomenological Approach to Social Psychiatry. In: Englander M., Ed., *Phenomenology and the Social Context of Psychiatry: Social Relations, Psychopathology, and Husserl's Philosophy*. London, UK: Bloomsbury

- Tschacher W., Rees G.M., Ramseyer F. (2014). Nonverbal Synchrony and Affect in Dyadic Interactions. *Frontiers in Psychology*, 5, 1323. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01323
- Willi J. (1982). *Couples in Collusion*. Lanham, MD: Jason Aronson (ed. or.: *Die Zweierbeziehung: Das unbewusste Zusammenspiel in der Paarbeziehung*. Reinbek bei Hamburg, DE: Rowohlt, 1975; trad. it.: *La collusione di coppia. Dinamica inconscia nella relazione a due*. Milano: FrancoAngeli, 1985).
- Willi J. (1999). *Ecological Psychotherapy: Developing by Shaping the Personal Niche*. Boston, MA; Seattle WA: Hogrefe & Huber.