

# Quaderni di Gestalt

volume XXXVII  
2024/2



**GESTALT THERAPY JOURNAL**

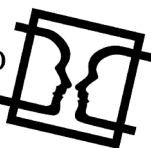
RIVISTA SEMESTRALE DI PSICOTERAPIA DELLA GESTALT

**Sofferenze nella clinica  
contemporanea**

*Sufferings in  
Contemporary Clinic*



Istituto  
di Gestalt  
ITALY HCC



**FrancoAngeli** 



# Quaderni di Gestalt

GESTALT THERAPY JOURNAL

RIVISTA SEMESTRALE DI PSICOTERAPIA DELLA GESTALT



Istituto  
di Gestalt  
ITALY H.C.C. 

**FRANCOANGELI**

**Direttore/General Editor:** Margherita Spagnuolo Lobb

**Coordinatrice di Redazione/Editorial Coordinator:** Elisa Spini

**Cura delle rubriche/Section Editors:**

**Gestalt in azione/Gestalt in Action:** Elisabetta Conte, Marilena Senatore – **Relazioni/Presentations:** Giuseppe Sampognaro, Alessandra Vela – **Ricerche/Research:** Federica Sciacca, Dario Davi – **Studi e modelli applicativi/Studies and Application Models:** Federica La Pietra, Francesco Lotta – **Storia e identità/History and Identity:** Angela Pegna – **Recensioni/Reviews:** Silvia Tosi – **Congressi/Conferences:** Fabiola Maggio

**Assistente alla Redazione/Editorial Assistant:** Piera Corriero – **Assistente alla Direzione/Editor Assistant:** Serena Iacono Isidoro – **Testi in inglese/English Texts:** Ann Kunish – **Grafica della copertina/Cover Artwork:** Elena Pellegrini – **Direttore Responsabile/Formal Director:** Giuseppe Sampognaro – **Post Redazione/Post Editorial:** Federica Falco e Emanuele Caldarelli

**Comitato Scientifico della Rivista e della Collana di Psicoterapia della Gestalt / Scientific Board**

Massimo Ammaniti, M.D. (*Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza", Italy*); Dan Bloom, Ph.D. (*New York Institute for Gestalt Therapy, USA*); Bernd Bocian, Ph.D., PTG (*Independent Researcher*); Angela Maria Di Vita, Psy.D. (*Dipartimento di Psicologia Università degli Studi di Palermo, Italy*); Anna Fabbrini, Ph.D. (*Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano; Centro Alia – Milano*); Elisabeth Fivaz-Depueursing, Psy.D. (*Research Unit of the Centre for Family Study, University Institute of Psychotherapy, University of Lausanne, Switzerland*); Ruella Frank, Ph.D. (*Center for Somatic Studies, New York*); Umberto Galimberti, Psy.D. (*Università Ca' Foscari di Venezia, Italy*); Vittorio Gallese, M.D. (*Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Unità di Neuroscienze, Università degli Studi di Parma, Italy; School of Advanced Study, University of London, United Kingdom*); Calogero Iacolino, Psy.D. (*Università "KORE" di Enna, Italy*); Paolo Migone, M.D. (*Rivista "Psicoterapia e Scienze Umane", Parma, Italy*); Jean-Marie Robine, Psy.D. (*Institut Français de Gestalt-thérapie, Paris, France*); Carmen Vázquez Bandin, Ph.D. (*Centro de Terapia y Psicología – CTP, Madrid, Spain*); Gordon Wheeler, Ph.D. (*Esalen Institute, Big Sur, CA, USA*); Gary Yontef, Ph.D. (*co-fondatore del PGI Pacific Gestalt Institute, Los Angeles, California*).

**Comitato dei Referee/Referee Committee** (tutti i membri fanno parte della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia dell'Istituto di Gestalt HCC Italy): Ilenia Baldacchino, Psy.D. (*Consulente per il Tribunale e la Procura di Siracusa*); Stefania Benini, Psy.D. (*Centro clinico e di Ricerca in Psicoterapia HCC Italy – Soc. Coop. Soc., Milano*); Rosanna Biasi, Psy.D. (*Società Italiana Psicoterapia Gestalt – SIPG*); Teresa Borino, Psy.D. (*Seminario Arcivescovile San Mamiliano, Palermo*); Annalisa Burrasca, Psy.D. (*Società Italiana Psicoterapia Gestalt – SIPG*); Graziana Busso, Psy.D. (*Centro clinico e di Ricerca in Psicoterapia HCC Italy – Soc. Coop. Soc., Siracusa*); Antonio Cascio, Psy.D. (*Azienda Sanitaria Provinciale Ragusa*); Pietro A. Cavaleri, Psy.D. (*Pontificia Facoltà di Scienze dell'Educazione "Auxilium", Roma*); Alessandro Cereda, Psy.D. (*Casa Rosetta Onlus, Centro Clinico Palermo HCC Italy*); Brenda Cervellione, Psy.D., Ph.D. (*Università degli Studi di Enna "Kore" – Dipartimento di Scienze dell'Uomo e della Società*); Francesco Saverio Chianello, Psy.D. (*HCC Italy; IPAB di Alcamo*); Sara Genny Chinnici, Psy.D. (*Società Italiana Psicoterapia Gestalt – SIPG*); Maria Giovanna Delrio, M.D. (*Rete Dafne Sardegna*); Marialuisa Grech, M.D. (*Servizio per le dipendenze – Ser.D., APSS Trento*); Roberta La Rosa, Psy.D. (*Centro clinico e di Ricerca in Psicoterapia HCC Italy – Soc. Coop. Soc., Milano*); Salvo Libranti, Psy.D. (*Servizio Dipendenze Augusta, Azienda Sanitaria Provinciale Siracusa*); Michele Lipani, Psy.D. (*U.O. di Neuropsichiatria infantile dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta*); Albino Macaluso, Psy.D. (*Azienda Sanitaria Provinciale n. 6 di Palermo*); Paola Maffi, Psy.D. (*Centro clinico e di Ricerca in Psicoterapia HCC Italy – Soc. Coop. Soc., Milano*); Luca Magani, Psy.D. (*SSD psicologia clinica, SSD neuropsichiatria infanzia e adolescenza, ASL 2 Liguria*); Teresa Maggio, Psy.D. (*AIAS – Associazione Italiana assistenza Spastici, Palermo*); Sebastiano Messina, Psy.D. (*ONG CIES ONLUS, Roma*); Rosanna Militello, Psy.D. (*Pontificia Facoltà di Scienze dell'Educazione "Auxilium", Roma*); Maria Mione, Psy.D. (*Società Italiana Psicoterapia Gestalt – SIPG*); Giuseppe Mirone, M.D. (*Direzione Medica del Distretto Ospedaliero CTI – Ospedali di Acireale e Giarre dell'ASP Catania*); Tatiana Pagano, Psy.D. (*Centro clinico e di Ricerca in Psicoterapia HCC Italy – Soc. Coop. Soc.*); Manuela Partinico, Psy.D. (*Società Italiana Psicoterapia della Gestalt – SIPG*); Giancarlo Pintus, Psy.D. (*Facoltà di Scienze dell'Uomo e della Società dell'Università "KORE" di Enna*); Elisa Profeta, Psy.D. (*Consultori della Fondazione Angelo Custode Onlus, Milano*); Alessandra Roccaalvata, Psy.D. (*Hospice Presidio Ospedaliero Carlo Borella, ASST Vimercate*); Martina Rossi, Psy.D. (*Istituto Gift di Medicina Integrata, Pisa*); Valeria Rubino, M.D. (*Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa*); Rachele Sartorio, Psy.D. Ph.D. e AOUOP (*Ospedale "P. Giaccone" Palermo*); Giovanna Triberto, Psy.D. (*Società Italiana Psicoterapia Gestalt – SIPG*); Paola Vianello, M.D. (*Associazione di Psicoterapia InContatto, Roma*).

**Hanno fatto parte del comitato scientifico/*Past Scientific Board Members*:**

Daniel Stern, Ph.D. (†); Erving Polster, Ph.D. (†); Donna Orange, Ph.D. (†); Eugenio Borgna, M.D. (†).

**La rivista *Quaderni di Gestalt* fa parte della Commissione Riviste della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP).**

**Redazione/Contacts:** Istituto di Gestalt HCC Italy, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia, via San Sebastiano 38, 96100 Siracusa, tel.: 0931-465668/483646

e-mail: [studies@gestalt.it](mailto:studies@gestalt.it); sito web: [www.gestalt.it](http://www.gestalt.it)

Pagina Facebook: <https://www.facebook.com/scuolapsicoterapia?fref=ts>

**Sito Internet Redazione/Editor's Web Site:** [www.gestalt.it](http://www.gestalt.it)

**Sito Internet dell'editore/Publisher's Web Site:**

<https://www.francoangeli.it/riviste/Sommario.aspx?IDRivista=155>

**Gli articoli della rivista sono sottoposti a referaggio**

*All articles are double blind peer reviewed*

**Indicizzazioni/*The journal is indexed in the following databases*:** la rivista è indicizzata in varie banche dati internazionali tra cui Catalogo italiano dei periodici/Acnp, Ebsco Discovery Service, Elsevier/Scopus, Google Scholar, JournalSeek, JournalTOCS, ProQuest Summon, Torrossa/Casalini Full Text Platform.

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 141 del 20/03/2009 – Semestrale – Direttore responsabile: Giuseppe Sampognaro – Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed>.

*In copertina:* Foto 234749745 © CassetteBleue | Dreamstime.com

II Semestre 2024

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –  
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

## SOMMARIO

### **EDITORIALE/EDITORIAL**

La clinica gestaltica e il nostro coro interno  
*Gestalt Clinical Practice and Our Inner Chorus*  
di Margherita Spagnuolo Lobb pag. 7

### **GESTALT IN AZIONE/GESTALT IN ACTION**

La ricaduta nell'addiction come espressione del "crollo dello sfondo"  
*Relapse into Addiction as an Expression of the Collapse*  
*of the Ground Experience*  
di Giancarlo Pintus e Beatrice Petrosino » 11

### **RELAZIONI/PRESENTATIONS**

Una lettura gestaltica dei disturbi psicosomatici:  
"la pelle che brucia"  
*A Gestalt Reading of Psychosomatic Sufferings:*  
*"Burning Skin"*  
di Michele Cannavò, Dario Davi e Brenda Cervellione » 33

### **RICERCHE/RESEARCH**

La qualità della relazione precoce genitori-bambino:  
introduzione di una scheda/intervista psico-relazionale nei bilanci di salute  
in età pediatrica. Primi risultati per la fascia d'età 0-36 mesi  
*The Quality of the Early Parent-child Relationship:*  
*Introduction of a Psycho-relational Form/Interview in Pediatric*  
*Health Assessments. First Results for the 0-36 Months Age Group*  
di Pier Luigi Righetti, Ilaria Generali, Margherita Spagnuolo Lobb,  
Andrea Righetti, Vincenzo Calvo, Carmela Bravaccio e Pietro Ferrara » 51

## **STUDI E MODELLI APPLICATIVI/ *STUDIES AND APPLICATION MODELS***

---

Scrivere per elaborare il lutto. Un contributo  
della psicoterapia della Gestalt  
*Writing to Help Mourning Process According  
to Gestalt Therapy*  
di Marilena Senatore pag. 71

## **STORIA E IDENTITÀ/HISTORY AND IDENTITY**

---

In occasione della prima edizione polacca del volume pratico di  
*Teoria e pratica della terapia della Gestalt: vitalità e accrescimento  
nella personalità umana* (1951) di F.S. Perls, R.H. Hefferline e  
P. Goodman  
*In Celebration of the First Polish Edition of the Practical Volume of  
Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality  
(1951) by F.S. Perls, R.H. Hefferline and P. Goodman*  
di Piotr Mierkowski » 89

## **RECENSIONI/REVIEWS**

---

Starrs B, (2024), *Adolescent Configuration Styles, Parenting and Psychotherapy. A Relational Perspective*  
di Silvia Tosi » 99

Gutjahr L. (2024). *A Field-Centered Approach to Gestalt Therapy. Agency and Response-Ability in a Changing World*  
di Bernd Bocian » 102

## **CONGRESSI/CONFERENCES**

---

Incarnazione ed ecologia nella sofferenza umana  
Convegno di studio con il prof. Thomas Fuchs  
(Siracusa, 14-15 giugno 2024)  
*Embodiment and Ecology in the Actual Sufferings of Everyday Life.  
An International Seminar with Thomas Fuchs*  
di Salvatore Greco » 105



## ***La clinica gestaltica e il nostro coro interno*** *Gestalt Clinical Practice and Our Inner Chorus*



Nel presentare il numero 2024-2 della rivista *Quaderni di Gestalt*, non posso esimermi dal considerare lo sfondo degli eventi significativi accaduti negli ultimi mesi, sia in ambito politico che psicoterapeutico. Questi avvenimenti non solo influenzano profondamente il nostro essere psicoterapeuti, ma, nel caso di quelli politici, incidono anche sulla sofferenza dei nostri pazienti.

Gli eventi politici di questo autunno, culminati con l'elezione di Donald Trump alla Casa Bianca, segnano un'avanzata decisa delle destre e un indebolimento delle democrazie. Questo scenario storico provoca disorientamento, tristezza e angoscia. Le riflessioni di filosofi come Bauman (2000), che ha introdotto il concetto di "liquidità" delle emozioni, dei confini e dei valori; Harmut Rosa (2015), che identifica nella percezione dell'accelerazione del tempo una fonte di sofferenza contemporanea; e Fuchs (2017), che pone l'accento sull'intercorporeità e sull'*embodiment* come strumenti per contrastare il narcisismo, ci mettono da tempo in guardia contro il decadimento dei valori relazionali e la crescente fragilità del senso di sé.

Oggi assistiamo alla crisi dei sentimenti democratici che hanno plasmato la nostra generazione (quella formatasi tra gli anni '80 e '90). I diritti civili, un tempo pietra angolare della cittadinanza, sembrano sempre meno rilevanti per elettorati stremati da crisi economiche e incertezze esistenziali. Sempre più persone si affidano a *leader* che alzano la voce o promettono soluzioni immediate, sacrificando principi e valori consolidati. Questo bisogno di sicurezza esistenziale ha inevitabilmente ripercussioni sulla nostra professione. La sofferenza dei pazienti si manifesta oggi attraverso un senso di sé fragile, che si esprime in modi diversi: dall'impulsività adolescenziale che travolge i confini, all'ansia crescente che si radica nel corpo con disturbi psicosomatici, alimentari o da dipendenza.

Siamo più vulnerabili ai traumi e alle perdite, e l'elaborazione del lutto è spesso trascurata.

Gli articoli di questo numero affrontano direttamente questi temi. Tuttavia, prima di introdurli, desidero soffermarmi sui cambiamenti che stanno avvenendo nel mondo della psicoterapia.

Stiamo assistendo alla scomparsa dei “grandi”, coloro che sono stati punti di riferimento e garanti per la nostra generazione. Recentemente, abbiamo appreso con dolore della tragica e improvvisa morte di Donna Orange, figura eminente del nostro campo, avvenuta il 16 novembre scorso in un incidente mentre andava in bicicletta, una sua grande passione, nei pressi della sua casa in California. Donna, che aveva compiuto 80 anni, era in perfetta salute e stava per partire per Milano, dove avrebbe condotto un seminario clinico insieme a me. La sua perdita ci ha colpito profondamente. Abbiamo affrontato questo lutto durante quel seminario che sarebbe stato in sua presenza, trasformando il dolore in un momento di condivisione con 150 colleghi. Attraverso video, ricordi e testimonianze, abbiamo reso omaggio alla sua voce, che continuerà a vivere nel nostro lavoro e nel nostro “coro interno”, come amava definirlo.

Dedicheremo parte del numero 2025-1 al contributo di Donna Orange alla psicoterapia, che ha segnato sia la psicoanalisi sia il dialogo con la psicoterapia della Gestalt. Continueremo a darle voce attraverso i nostri lavori.

Un altro addio è stato quello a Eugenio Borgna, maestro della psichiatria fenomenologica e membro del Comitato Scientifico dei *Quaderni di Gestalt*. I suoi scritti, un distillato di umanità, professionalità e poesia, hanno influenzato profondamente non solo i professionisti del settore, ma anche chiunque fosse aperto a comprendere la profondità del dolore e della condivisione umana. A lui va la nostra profonda gratitudine per tutto ciò che ci ha insegnato.

Questi maestri lasciano un vuoto, ma anche un'eredità da integrare nella nostra quotidianità. Le loro voci continueranno a guidarci e a sostenere il nostro sguardo verso i pazienti.

La maggior parte degli articoli di questo numero dei *Quaderni di Gestalt* presenta contributi centrati sulla clinica psicoterapica, dalla ricaduta dell'*addiction* alle sofferenze psicosomatiche, all'elaborazione del lutto. Un articolo offre uno strumento concreto per la collaborazione tra psicoterapeuti e pediatri, e un altro articolo è una riflessione sul libro fondante della psicoterapia della Gestalt, *Gestalt Therapy*. Se volessimo trovare un *trade d'union* tra i vari contributi è sicuramente lo sforzo di guardare a fenomeni clinici diversi con la lente della teoria del sé, del contatto tra terapeuta e paziente, e della presenza sensoriale del terapeuta come parte del campo condiviso.

Aprire il numero la sezione “Gestalt in azione”, con l'articolo di Giancarlo

Pintus e Beatrice Petrosino, “La ricaduta nell’*addiction* come espressione del crollo dello sfondo”. Gli autori, esperti della materia, descrivono un concetto poco presente nella letteratura sulla prevenzione e la cura delle recidive (come pure dell’*addiction*): essi, infatti, propongono l’integrazione della sicurezza di sé, piuttosto che l’evitamento della sostanza. La psicoterapia della Gestalt consente, con il suo concetto di figura/sfondo, di lavorare per rinforzare lo sfondo esperienziale della persona, un intervento che per gli autori è molto più efficace dell’addestramento a non tornare ad assumere sostanze.

Nella sezione “Relazioni”, Michele Cannavò, Dario Davi e Brenda Cervellione presentano un approccio innovativo alla lettura e al trattamento dei disturbi psicosomatici. “Una lettura gestaltica dei disturbi psicosomatici: la pelle che brucia” è un contributo basato sul sentire estetico del terapeuta e sul suo uso in termini fenomenologici e di campo. Gli autori applicano il concetto di Conoscenza Relazionale Estetica (CRE) alla drammatica sofferenza di una paziente con orticaria psicosomatica, descrivendo un processo terapeutico toccante e nuovo.

Nella sezione “Ricerche”, Pier Luigi Righetti, presidente della Società Italiana Psicoterapia Gestalt, ci offre, assieme a Ilaria Generali ed altri autori, l’articolo “La qualità della relazione precoce genitori-bambino: introduzione di una scheda/intervista psico-relazionale nei bilanci di salute in età pediatrica. Primi risultati per la fascia d’età 0-36 mesi”. Si tratta di una ricerca sull’importanza dell’integrazione tra professionalità psicoterapica e pediatrica. Viene proposta una scheda per il bilancio di salute redatto dai pediatri, che include dati sul benessere relazionale genitori/bambino. Questa rilevazione consente ai pediatri di rintracciare dei parametri di allerta per l’invio dallo psicoterapeuta o dal neuropsichiatra infantile. I dati sono stati sottoposti a ricerca e alcune interessanti evidenze sono state trovate. La ricerca ha anche un valore culturale e di politica professionale, in quanto nasce dalla collaborazione tra tre istituzioni professionali, la SIPG (Società Italiana Psicoterapia Gestalt), la SIP (Società Italiana Pediatri) e la SINPIA (Società Italiana Neuropsichiatri Infanzia e Adolescenza), che si uniscono per affrontare i complessi problemi dell’infanzia.

Nella sezione “Studi e modelli applicativi”, Marilena Senatore presenta “Scrivere per elaborare il lutto: un contributo della psicoterapia della Gestalt”. L’autrice propone di affrontare terapeuticamente il lutto con la scrittura, fornendo uno sguardo fenomenologico all’evoluzione del lutto, integrato con una considerazione gestaltica delle funzioni di contatto del sé. Questa complessità epistemologica dell’articolo si unisce allo stile poetico del racconto, prezioso per la sua significatività umana.

Nella sezione “Storia e identità”, offriamo un articolo scritto da Piotr Mierkowski, psicoterapeuta della Gestalt e traduttore in lingua polacca del

libro di Perls, Hefferline e Goodman, *Gestalt Therapy*. Piotr ha scritto questo articolo nel 2024, in occasione della pubblicazione in polacco del secondo volume. Riflettendo sulle radici socio-politiche del testo, Piotr ne richiama il valore attuale, in una società caratterizzata anch'essa dalla rottura delle funzioni relazionali umane e dall'ascesa dei regimi totalitari. Questo articolo offre riflessioni utili per la nostra funzione terapeutica e per nutrire il nostro sfondo esperienziale.

Nella sezione "Recensioni", Silvia Tosi descrive il libro di Bronagh Starrs, *Adolescent Configuration Styles, Parenting and Psychotherapy. A Relational Perspective*, sottolineandone l'utilità per gli psicoterapeuti della Gestalt. Bernd Bocian offre una lettura critica del testo di Lothar Gutjahr, *A Field-Centered Approach to Gestalt Therapy. Agency and Response-Ability in a Changing World*, pubblicato nel 2024 nella collana *Gestalt Therapy Book Series* di Routledge.

La sezione "Congressi" chiude il numero con un *report* di Salvatore Greco sul convegno di studio - tradizionale appuntamento dialogico organizzato dall'Istituto di Gestalt HCC Italy in concomitanza con le rappresentazioni classiche al teatro greco di Siracusa - "Incarnazione ed ecologia nella sofferenza umana". Quest'anno l'ospite d'onore è stato il professor Thomas Fuchs, di Heidelberg, titolare della cattedra che fu di Jaspers. I temi della fenomenologia e della ecopsicologia, applicati al modello clinico estetico e di campo della psicoterapia della Gestalt, sono stati al centro dei vari dibattiti e testimonianze che si sono succeduti nei due giorni congressuali, il 14 e 15 giugno 2024.

Nella speranza che la lettura di questo numero possa contribuire a dare solidità al nostro senso di sé come psicoterapeuti, vi invitiamo a inviarci i vostri commenti e riflessioni alla mail [info@gestalt.it](mailto:info@gestalt.it)

Margherita Spagnuolo Lobb  
Dicembre 2024

## BIBLIOGRAFIA

- Bauman Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge, UK: Polity Press (trad it.: *Modernità liquida*. Roma: Laterza, 2002).
- Fuchs T. (2017). Intercorporeality and Interaffectivity. In: Meyer C., Streeck J., Jordan J.S., eds., *Intercorporeality: Emerging Socialities in Interaction, Foundations of Human Interaction*. New York, NY: Oxford Academic.
- Rosa H. (2015). *Accelerazione e alienazione*. Milano: Einaudi.

## GESTALT IN AZIONE

a cura di Elisabetta Conte e Marilena Senatore

### ***La ricaduta nell'addiction come espressione del “crollo dello sfondo”\****

*Relapse into Addiction as an Expression of the Collapse  
of the Ground of Experience*



Giancarlo Pintus\*\* e Beatrice Petrosino\*\*

[Ricevuto il 19 luglio 2024]

Accettato per la stampa il 24 settembre 2024]

#### **Abstract**

Although addiction is a topic that has been studied widely in Gestalt therapy, the specific issue of relapse into addiction is not explored enough, both in theoretical and clinical works. Referring to neurobiological aspects, the authors support the hypothesis that relapse into addiction expresses a “collapse” of the ground experience; they describe this phenomenon as based on a disturbance of the id and personality functions of the self in a difficult field. A peculiarity of addiction is the risk of relapse even years later due to a neuro-functional modification sustained by craving. Relapse could be the outcome of a complex process involving the neurobiological, emotional, relational and situational dimensions. It is the expression of a difficulty in finding support in one's own physiology, in the system of contacts that are taken for granted, and in the redefinition of the self that runs through every addiction treatment pathway. In these situations, a “collapse of the ground” can occur: it is about the loss of those certainties that guarantee stability and security for the addicted patient. In the therapeutic field with these patients, we contact a failure history in the wish to belong, and failure of relational recognition, with neuropathological and psychological consequences. Implicit in the therapeutic work with addiction is the work on the ground experience, the support system that comes from the spontaneous physiology and the complex of self-definitions in the different situational systems. A short clinical case shows how in relapse the functions of the self may collapse regressing to primal modes of adaptation and reducing the integrative capacity of the self. Relapse prevention aims at co-creating a relational field that promotes support for the ability to make contact through the discounted contact system and the re-sensitised body, and through a new self-definition on the identity, relational and social level. Relapse prevention

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

\*\* Istituto di Gestalt HCC Italy. Via S. Sebastiano 38, 96100 Siracusa. E-mail: [giancarlo.pintus@gestalt.it](mailto:giancarlo.pintus@gestalt.it); [beatricepetrosino.bp@gmail.com](mailto:beatricepetrosino.bp@gmail.com)

focuses on the creative reconstruction of a safe ground that has been desensitised by addiction experiences. A fundamental part of this prevention work is the identification and management of possible activating stimuli (triggers). The authors draw on an extensive scientific literature on the subject of relapse in addiction and a view that does not blame the patient.

*Keywords:* Relapse, addiction, functions of the self, ground experience, Gestalt therapy, relational recognition.

## Riassunto

In questo articolo gli autori propongono una riflessione teorica e clinica sulla ricaduta nell'*addiction* secondo il modello della psicoterapia della Gestalt. Si sostiene l'ipotesi che la recidiva sia l'esito di un complesso processo che investe la dimensione neurobiologica, emotiva, relazionale e situazionale della persona. Attraverso un linguaggio che cerca di superare la tendenza allo stigma dei pazienti *addicted*, gli autori sostengono che la ricaduta sia l'espressione di una difficoltà a trovare sostegno nella propria fisiologia, nel sistema di contatti scontati, nella ridefinizione di sé che attraversano ogni percorso di cura delle *addiction*. In situazioni di questo genere può verificarsi quello che gli autori chiamano "un crollo dello sfondo", cioè il venire meno di quelle certezze che garantiscono la stabilità e la sicurezza per il paziente *addicted*. La prevenzione delle ricadute mira a co-creare col paziente un campo relazionale che promuova il sostegno alla capacità di fare contatto attraverso il sistema di contatti scontati e il corpo risensibilizzato, e attraverso una nuova definizione di sé sul piano identitario, relazionale e sociale. Parte fondamentale di questo lavoro di prevenzione è l'individuazione e la gestione di possibili stimoli attivanti (*triggers*). L'articolo è arricchito da numerosi riferimenti a ricerche neuroscientifiche sul tema e da un accenno ad un caso clinico.

*Parole chiave:* Ricaduta, *addiction*, funzioni del sé, esperienza dello sfondo, psicoterapia della Gestalt, riconoscimento relazionale.

## 1. Introduzione

Il rischio della ricaduta rappresenta un "buco nero" nella clinica dell'*addiction* che contribuisce ad uno stigma nei confronti dei pazienti e scoraggia molti terapeuti ad accostarsi a questa sofferenza percepita come incurabile e poco comprensibile. Crediamo infatti che confrontarsi con il rischio clinico di questa sofferenza rappresenti una sfida per il terapeuta circa la tenuta della propria frustrazione. Siamo davanti ad un fenomeno, purtroppo molto frequente, che impone al terapeuta di doversi spogliare del proprio narcisismo di guaritore (Orange, 2014) per aprirsi ad una relazione umile e sofferente che reclama una cura altamente contenitiva, riparativa, integrativa e di riconoscimento.

A partire da alcune riflessioni sulle componenti neurobiologiche dell'*addiction* e della ricaduta, e grazie ad un accenno ad un caso clinico, in questo

lavoro ci concentriamo sulla disanima del fenomeno della ricaduta collocandola dentro una matrice di comprensione e prevenzione di tipo gestaltico.

## 2. Neurofisiopatologia dell'*addiction*

Nell'esperienza *addictive* individuiamo due dimensioni del piacere: una componente appetitiva, che riguarda la memoria di un'esperienza gratificante passata, e una componente consumatoria, che riguarda la percezione della gratificazione nell'agire un comportamento. Queste due componenti sono espressione di strutture sottocorticali (sede di funzioni psichiche pre-riflessive, ovvero automatiche) che orientano il comportamento umano verso la sua sopravvivenza (Kelley, 2004).

L'esperienza di piacere è determinata da un aumento significativo della trasmissione dopaminergica all'interno del circuito mesolimbico tra l'area tegmentale ventrale e il nucleo *accumbens* (Bardo, 1998). Questo circuito rappresenta il centro "motivazionale" in sede di proencefalo basale (Kalivas e Volkow, 2005) ed è costituito da diverse strutture che regolano processi decisionali, inibizione di comportamenti connessi alla ricerca del piacere, apprendimento delle esperienze, formazione dei ricordi (Eisch *et al.*, 2000), associazione stimolo-ricompensa e gratificazione. Svolge pertanto una funzione essenziale nella regolazione di comportamenti altamente saturati dalla dimensione sensoriale del piacere in grado di favorire o prevenire la ricaduta in comportamenti *addictive*. Al contrario, la corteccia prefrontale è la struttura di tipo inibitorio che controlla e valuta i comportamenti connessi alla gratificazione.

In condizioni fisiologiche ottimali queste due strutture cerebrali si inibiscono reciprocamente, ma i pazienti *addictive*, a seguito dell'iperstimolazione esogena del sistema della gratificazione, sono indotti ad attribuire maggiore importanza agli effetti positivi della sostanza e a non riconoscere il valore di esperienze gratificanti alternative, al punto da non controllare più il rapporto con la sostanza (Goldestein e Volkow, 2002). Col tempo questi processi disfunzionali, generati dagli effetti della sostanza e da stimoli condizionati in sede corticale e subcorticale, si cronicizzano e diventano cruciali nella comparsa del *craving*<sup>1</sup> e della ricaduta, facendo dell'*addiction* una patologia della motivazione e della scelta (McFarland *et al.*, 2003), e amplificando il rischio di ricadiva.

<sup>1</sup> Il *craving* rappresenta l'aspetto centrale di un'*addiction* ed è il principale fattore di rischio di ricadiva. Non ha un corrispettivo letterale nella lingua italiana ed è usato comunemente nel linguaggio clinico per indicare il desiderio improvviso e incontrollabile di assumere una sostanza psicoattiva (droga, alcol) o un particolare alimento (APA, 2014). *Traduz. nostra*

### 3. Relazioni primarie e vulnerabilità all'*addiction*

Guardiamo all'esperienza *addictive* come ad un fenomeno di campo che coinvolge l'individuo, il suo contesto, le sue relazioni significative e la relazione terapeutica (Brownell e Schultess, 2014; Pintus e Grech, 2021; Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021).

Il paziente *addictive* offre alla relazione terapeutica un'intenzionalità di contatto non vista e non sostenuta che è espressione di un bisogno di riconoscimento mai pienamente soddisfatto, per cui il ricorso all'oggetto *addictive* rappresenta «il desiderio “trasfigurato”, in modo patologico, del desiderio legittimo di essere riconosciuto dall'Altro» (Cavaleri e Pintus, 2010, p. 45).

La storia di questi pazienti è spesso caratterizzata da carenze di accudimento primario, di riconoscimento, di appartenenza (Cozolino, 2008; Siegel, 2009; Pintus e Pappalardo, 2019) e da una pervasiva angoscia abbandonica (Pintus e Grech, 2021). Si sono adattati a queste esperienze «irrigidendo la mascella nell'addentare l'oggetto» (Perls *et al.* 1997, p. 256). Ne consegue una cronica desensibilizzazione, e spesso evitamento, dalle relazioni intime che sono sentite come fonte di sofferenza, trovando invece nell'oggetto «quel riconoscimento che un tempo mi dava la relazione con l'Altro» (Cavaleri e Pintus, 2010, p. 45).

L'interdipendenza è una condizione essenziale per l'essere umano (Cavaleri, 2007) e il sistema cerebrale si modifica in relazione agli stimoli ambientali, sensoriali e relazionali a cui è esposto sin dalle prime fasi del suo sviluppo. Crescere in contesti relazionali di riconoscimento adeguato e di sostegno all'intenzionalità relazionale consente all'individuo di evolversi in modo equilibrato (Cavaleri, 2007). Al contrario, le relazioni primarie caratterizzate da carenza di contenimento emozionale e da un campo situazionale ad alto livello di ansia possono alterare profondamente il percorso evolutivo.

La desintonizzazione primaria, ossia la difficoltà da parte del *caregiver* di essere pienamente presente al confine di contatto con il bambino, ha infatti importanti conseguenze neurofisiopatologiche e psicologiche, quali il ridotto sviluppo dell'area meso- limbica, il *deficit* nella decodifica emozionale, la spinta alla sperimentazione (Panksepp, 1998). Ciò rende l'individuo insicuro e vulnerabile (Pintus e Pappalardo, 2019). Questi precoci fallimenti relazionali facilitano l'inibizione nella produzione di neuropeptidi come l'ossitocina e le monoamine (Pulvirenti, 2007) che contribuiscono a regolare il senso di sicurezza, la percezione del pericolo e delle emozioni positive, e la costruzione di mappe cognitive. La loro carenza, in situazioni di attaccamento insicuro ambivalente o evitante, genera fattori di modulazione degli stati affettivi di tipo compensatorio come, ad esempio, i tratti *Novelty Seeking*, *Harm*



*Avoidance e Reward Dependence*<sup>2</sup> che sono fattori di vulnerabilità per comportamenti *addictive* (Cloninger, 1987; Cozolino, 2008; Porges, 2018).

Nella sofferenza relazionale che chiamiamo *addiction* troviamo spesso storie familiari nelle quali la funzione di riconoscimento è stata compromessa per una bassa qualità di sintonizzazione dell'Altro significativo al confine di contatto (Pintus e Pappalardo, 2019), al punto che troviamo molte analogie tra esperienze *addictive* ed esperienze traumatiche (Pintus, 2011; 2014; Dell'Osso *et al.* 2015; Pintus e Laudicina, 2021; Pintus e Grech, 2021).

L'emergere di una vera e propria *addiction*, per le sue caratteristiche di attivazione del sistema delle aspettative, di intensità, piacevolezza e velocità, rappresenta un'esperienza così impattante dal punto di vista emotivo e fisiologico che difficilmente può essere integrata nello sfondo, specialmente se l'esordio accade in un momento del ciclo vitale nel quale lo sfondo esistenziale (fisiologico e sociale) non ha ancora una sua compiuta stabilità e integrazione. In questi casi l'oggetto *addictive* può diventare una figura fissa e persistente che blocca la dinamica figura-sfondo, impedendo l'emergere di nuove figure, l'integrazione della novità e la crescita dell'organismo (Pintus 2015; 2016; 2021; Pintus e Grech, 2021).

La carenza di integrazione riduce progressivamente lo spazio dell'esperienza, del gioco, della ricombinazione creativa e della spontaneità (Wheeler, 1991), impoverisce la crescita dello sfondo esperienziale, che non viene più nutrito da processi integrativi, e avvia l'individuo verso percorsi regressivi (Cavaleri, 2014). Infatti, il ricorso compulsivo all'oggetto *addictive* rappresenta uno schema motorio che inibisce in maniera competitiva altri schemi adattivi fino a trasformarsi in un istinto (Shallice, 1990).

In psicoterapia della Gestalt l'enfasi sulla dimensione fenomenologica, estetica e di campo dell'esperienza relazionale (Spagnuolo Lobb, 2015; Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021) è occasione per ripercorrere l'esperienza primaria di sentirsi accolti, riconosciuti e accuditi, favorendo il ripristino di modalità fisiologiche di funzionamento neurobiologico e stimolando processi di apprendimento e assimilazione della novità (Panksepp, 2012).

<sup>2</sup> Cloninger (1987) descrive tre dimensioni temperamentali che sostengono il comportamento *addictive*: i tratti *Novelty Seeking*, cioè una spiccata tendenza alla ricerca di stimoli nuovi, inaspettati, piacevoli e stimolanti; i tratti *Harm Avoidance*, cioè la tendenza all'evitamento del dolore, la predisposizione a rispondere a stimoli avversivi con reazioni intense e a fuggire le punizioni; i tratti *Reward Dependence*, cioè la tendenza a rispondere positivamente e con grande intensità a segnali gratificanti mettendo in atto comportamenti associati a gratificazioni imminenti.

#### 4. La ricaduta nell'*addiction*

Una peculiarità dell'*addiction* è il rischio di ricaduta anche a distanza di anni e nonostante un programma terapeutico ben riuscito, a causa di un'attribuzione (automatica e disfunzionale) di salienza ad uno stimolo predittivo della disponibilità della sostanza<sup>3</sup>. Nelle dipendenze il cervello è sottoposto ad una costante modificazione neuro-funzionale, autoregolandosi nelle scelte comportamentali in risposta a certi stimoli *trigger*<sup>4</sup> (Pintus e Grech, 2021).

Nel corso del tempo la funzionalità della corteccia prefrontale va riducendosi progressivamente, contribuendo alla diminuzione della pregnanza di stimoli diversi dai *trigger* e al *deficit* della capacità decisionale; anzi, in presenza di uno stimolo predittivo della disponibilità della sostanza, la corteccia prefrontale si attiva intensamente con la conseguente selezione di uno schema comportamentale orientato verso l'oggetto del legame (Volkow e Fowler, 2000). Così, la fase finale dell'*addiction* è caratterizzata da un'eccessiva "salienza" motivazionale verso la ricerca della sostanza (Robinson e Berridge, 1993).

A sostenere questo processo disfunzionale è il *craving* (APA, 2014), un desiderio intenso e incoercibile verso l'oggetto del piacere che genera pensiero polarizzato, intensa mancanza, attivazione comportamentale e perdita di controllo. Il *craving* è infatti stimolato da *cues*<sup>5</sup> capaci di innescare un meccanismo di condizionamento associato con l'oggetto del legame (Bricolo *et al.*, 2010). La salienza pervasiva di questi stimoli sensoriali ha come esito la desertificazione dello sfondo, la perdita della reattività ad altre eccitazioni e la persistenza di una figura che porta alla riduzione del processo integrativo e di crescita.

In letteratura manca una definizione condivisa di ricaduta (Moe *et al.*, 2021) e l'*outcome*<sup>6</sup> di ogni tentativo di cambiamento è variabile (Project

<sup>3</sup> Per un approfondimento vedi Marchiori, 2014, pp. 187-208.

<sup>4</sup> Un *trigger*, o fattore scatenante, è qualunque stimolo in grado di innescare emozioni e ricordi relativi al legame con l'oggetto della dipendenza. Può essere uno stimolo ambientale, relazionale o stati interni come emozioni o sensazioni. Il contatto con un *trigger* può riattivare il comportamento di ricerca della sostanza o dell'oggetto del legame dipendente.

<sup>5</sup> Per *cue* si intende un indizio verbale, ambientale o relazionale, predittivo di un'esperienza o di un'emozione intensa. Negli stati di astinenza i *cues* possono essere sensazioni e sintomi avversi che attivano la ricerca di sostanza; in condizioni di stabilità i *cues* possono essere stimoli predittivi della disponibilità della sostanza da cui si dipende.

<sup>6</sup> Per *outcome* nelle tossicodipendenze si intende la valutazione degli esiti dei trattamenti tesi a modificare comportamenti e stili di vita. A differenza di altre valutazioni analoghe, la risultante (in termini comportamentali) non sempre ed unicamente è in relazione di causa-effetto con gli interventi eseguiti, per via di una quantità enorme di fattori interferenti non dipendenti dai trattamenti, e che risultano molto più in grado di far variare comportamenti e stili di vita.

MATCH Research Group, 1997; Dawson *et al.*, 2007). Distinguiamo tra “recidiva”, quando la persona rinuncia al suo obiettivo di cambiamento riattualizzando modalità comportamentali disadattive, e “scivolata”, quando il paziente continua a tentare di cambiare nonostante qualche inciampo (Maisto *et al.*, 2016; Di Clemente e Crisafulli, 2017, 2022).

Secondo il modello biopsicosociale di Marlatt e Gordon (1985) la ricaduta è il venire meno della capacità di affrontare distorsioni cognitive e sensazioni/emozioni legate all’oggetto minando la fiducia e le aspettative del paziente sulla possibilità di affrontarne l’assenza. Una prospettiva più recente considera la ricaduta un processo multidimensionale che coinvolge l’individuo e le transazioni con il suo contesto ambientale (Witkiewitz e Marlatt, 2007). Di certo la ricidiva di questa sofferenza rappresenta una caratteristica altamente stigmatizzante per questi pazienti (Earnshaw, 2020). In una logica circolare proprio questo stigma può facilitare la ricaduta, aumentando la percezione dello stigma stesso (Witte *et al.*, 2019), con sentimenti di vergogna e di ridotta auto-efficacia verso il proprio cambiamento (Earnshaw, 2020; Bozdağ e Çuhadar, 2021). Neanche i clinici sono immuni da atteggiamenti stigmatizzanti (Van Boekel *et al.*, 2013) e molti pazienti riportano esperienze di stigma anche in contesti di cura (Earnshaw, 2020).

Negli ultimi venti anni c’è stato un passaggio dall’enfasi per il mantenimento dell’astinenza verso una prospettiva più ampia di *recovery*, definita dalla *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) come «un processo di cambiamento attraverso il quale gli individui migliorano la loro salute ed il loro benessere, si prendono cura di sé e si impegnano a raggiungere il loro completo potenziale» (SAMHSA, 2012, p. 3).

Questa visione appare in linea con la scelta della psicoterapia della Gestalt di non guardare alla cura delle *addictions* secondo la logica dell’ottenimento prioritario dell’astensione comportamentale; il nostro *target* non è infatti la sobrietà in sé quanto il ripristino di competenze relazionali spontanee e creative al confine di contatto che consentono di uscire dallo schema relazionale *addicted* (Pintus e Crolle Santi, 2014).

## 5. Fattori di rischio e di protezione della ricaduta

L’analisi dei fattori di rischio e di protezione della ricidiva, e la condivisione di questi nella relazione terapeuta-paziente, rappresentano un passaggio chiave nel trattamento delle persone *addicted*<sup>7</sup> e nella promozione della consapevolezza e della responsabilità del paziente.

<sup>7</sup> Per un approfondimento si veda Marchiori, 2014, pp. 187-208.

### 5.1. Fattori ambientali

Alcuni autori evidenziano il rischio come connesso a relazioni con persone dipendenti o con problemi legali (Sadegiye *et al.*, 2004), alla facile disponibilità della sostanza (Caprioli *et al.*, 2007), al rifiuto da parte degli amici, al divorzio, alla morte del *partner* (Abolhasan *et al.*, 2016) e anche al disagio economico (Gokcearslan *et al.*, 2011).

Uno studio prospettico di *follow-up* di dieci anni su pazienti con *addiction* in comorbilità con gravi disturbi mentali (Xie *et al.*, 2005) riporta la recidiva in circa un terzo dei pazienti in remissione nel primo anno e nei due terzi degli stessi in tutto il periodo di *follow-up*. Tra i fattori predittivi di ricaduta sono indicati il sesso maschile, un livello basso di scolarità, l'isolamento e la mancanza di *compliance*. I disturbi dell'umore (Sinha, 2011) e i disturbi d'ansia (McKay *et al.*, 1995) sono tra le comorbilità psichiatriche che più di altre aumentano la vulnerabilità alla recidiva.

Altri autori (Atadokht *et al.*, 2015) sottolineano come l'adolescenza rappresenti un momento del ciclo vitale particolarmente a rischio di recidiva soprattutto in presenza di problematiche identitarie, relazionali e psicopatologiche; altri importanti fattori di vulnerabilità sono la familiarità per problematiche *addictive* (Suchman *et al.*, 2001), la morte dei genitori, l'isolamento all'interno della famiglia, l'alto livello di emotività espressa in famiglia e il basso supporto sociale percepito (Atadokht *et al.*, 2015).

Al contrario una buona comunicazione tra familiari e la promozione della *self-efficacy* rappresentano fattori di protezione dalle recidive (McKay *et al.*, 2004; Ibrahim *et al.*, 2011; Lemos *et al.*, 2012; Nikmanesh *et al.*, 2016). Anche la promozione del "capitale psicologico" sembrerebbe correlare positivamente con lo sviluppo di fattori di resilienza alle recidive (Zen e Tan, 2021)<sup>8</sup>; il buon clima relazionale familiare ha un significativo effetto predittivo sui livelli individuali di ottimismo (Sahin *et al.*, 2010), di speranza (Connelly, 2005), resilienza (Rosenblum *et al.*, 2005) ed autoefficacia (Reitz *et al.*, 2014), aumentando la motivazione all'astensione dal consumo (Carvajal *et al.*, 1998; Irving *et al.*, 1998) e la resilienza agli stimoli *trigger* (Stajduhar *et al.*, 2009; Jafari *et al.*, 2010). Sembrerebbe, insomma, che la cura delle relazioni familiari, sociali e affettive rappresenti un fattore di protezione dal rischio di recidiva con vantaggi per l'intero sistema familiare (Zeng e Tan, 2021).

Questi dati di ricerca sembrerebbero ulteriormente suffragare l'ipotesi cli-

<sup>8</sup> Per "capitale psicologico" si intendono una serie di risorse emotive e relazionali: speranza, resilienza, ottimismo e auto-efficacia (Luthans e Youssef, 2007).

nica che l'*addiction* rappresenti un adattamento creativo in un campo situazionale caratterizzato da desintonizzazione primaria, carenze precoci di riconoscimento, ripetuti fallimenti relazionali (Pintus e Pappalardo, 2019) e che il processo di cambiamento debba passare non tanto dal garantire l'astensione dall'oggetto *addictive*, quanto dal ripristino di modalità relazionali spontanee al confine di contatto e dalla rivitalizzazione dello sfondo (Pintus, 2011; Pintus e Crolle Santi, 2014), in una relazione terapeutica di riconoscimento (Pintus e Pappalardo, 2019; Pintus e Grech, 2021).

## 5.2. Vulnerabilità neurobiologica

Quanto visto sin qui sul piano relazionale e ambientale ha implicazioni da un punto di vista neurobiologico, a riprova del fatto che esperienze di desintonizzazione relazionale, specie se protratte nel corso della vita, generano alti livelli di vulnerabilità neurofisiologica e immunitaria (Pintus e Pappalardo, 2019). Infatti, il sistema cerebrale dello stress, la sintesi dei glucocorticoidi e le relative modificazioni indotte sulla corteccia cerebrale prefrontale e sullo striato intervengono nella modulazione della ricerca delle sostanze e nel rischio di ricaduta (Wemm e Sinha, 2019).

Nei pazienti con dipendenza da cocaina, aumentati livelli plasmatici di cortisolo e di livelli sierici di BDNF (*Brain-Derived Neurotropic Factor*) sembrano predittivi di un tempo precoce di ricaduta (D'Sa *et al.*, 2012).

Esistono, inoltre, specifici *markers* di vulnerabilità neurofisiologica per lo sviluppo di comportamenti *addictive* a riprova di quanto sosteneva Khantzian circa la *Self Medication Hypothesis* (1985) e la *Self Selection Hypothesis* (1997). Infatti, soggetti *addictive* sembrano avere un'espressione più bassa del Neuropeptide Y (NPY) in risposta allo *stress*, dato che sembra predittivo di una maggiore severità della ricaduta (Milivojevic e Sinha, 2018).

Altri studi mostrano, in soggetti alcolisti con ricadute, un'atrofia bilaterale della corteccia orbitofrontale e prefrontale mediale destra (Beck *et al.*, 2012) oppure una riduzione globale dello spessore corticale nella maggior parte delle regioni cerebrali (Durazzo *et al.*, 2011), per cui sembrerebbe che l'atrofia della materia grigia nelle regioni cerebrali che regolano la risposta allo *stress* possa giocare un ruolo importante nel rischio di ricaduta. In condizioni di *stress* cronico e concomitante consumo prolungato di droghe, si ha una disregolazione dei sistemi periferici dello *stress*, con interruzioni simultanee a livello dei circuiti cortico-striatali-limbici, e tali modificazioni sembrano predittive di un futuro rischio di ricaduta. In altri studi un'elevata intensità dei sintomi astinenziali è associata ad un peggiore *outcome* del trattamento e ad una maggiore tendenza alla recidiva (Sinha, 2008; Epstein *et al.*,

2009; Sinha *et al.*, 2009); una ridotta produzione di cortisolo in risposta allo *stress* è stata associata ad una recidiva più precoce negli alcolisti e nei tabagisti (Milivojevic e Sinha, 2018). Inoltre, le persone con *addiction* presentano un'iperattività basale del sistema nervoso centrale e *markers* periferici, con ipoattività in risposta allo *stress* e agli stimoli indotti dalle droghe (Sinha, 2011).

Infine, Leach e Kranzler (2013) hanno rilevato che pazienti con un'elevata sensibilità al rifiuto possono avere un sistema oppioide disfunzionale e una carenza di oppioidi endogeni (Macdonald e Leary, 2005), al punto che l'*addiction* da oppiacei potrebbe compensare difficoltà nell'ingaggio sociale (Panksepp *et al.*, 1978; Eisenberger e Lieberman, 2005).

### 5.3. *Tratti personologici*

Anche la presenza di specifici tratti personologici e di personalità possono interagire tra loro per aumentare il rischio di ricaduta di un soggetto con *addiction*. Pazienti con un'elevata sensibilità al rifiuto sociale in un ambiente relazionale ipercritico sono particolarmente vulnerabili alla ricaduta (Leach e Kranzler, 2013); alti livelli di emotività espressa, basse competenze comunicative e intensi conflitti con i partner possono indurre pazienti in remissione ad un *outcome* negativo (O'Farrell *et al.*, 1998; Fals-Stewart *et al.*, 2010), e in generale conflitti interpersonali correlano con la ricaduta nonostante la consapevolezza delle conseguenze avverse (Sripada *et al.*, 2011).

Ricordiamo, infine, alcuni tratti personologici, precedentemente richiamati, particolarmente correlati con il rischio di ricaduta, come i tratti *Sensation/Novelty Seeking*, *Harm Avoidance* e *Reward Dependence* (Cloninger, 1987).

## 6. La ricaduta come espressione di un crollo dello “sfondo”

Anche dalla disanima di questi fattori comprendiamo come le persone in *addiction* abbiano grandi difficoltà nell'accogliere e assimilare la novità e nell'aggiornare la propria definizione di sé (Pintus e Grech, 2019), al punto che molti pazienti continuano a definirsi “ex tossici” nonostante possano aver svolto un efficace trattamento terapeutico-riabilitativo comunitario o ambulatoriale.

Infatti, a differenza di altre condizioni psicopatologiche molti pazienti *addicted* mostrano un'identità confluyente con l'oggetto *addictive* (Pintus e Laudicina, 2021) anche dopo una prolungata remissione clinica (Pintus, 2021);

è proprio la “fase di autonomia o recidiva” quella più a rischio per la comparsa di una ricaduta (Pintus, 2011; Pintus e Crolle Santi, 2014).

Si tratta, infatti, di un momento esistenziale e terapeutico molto delicato nel quale di solito la persona vive un conflitto tra il desiderio di autonomia e la paura di contattare un’angoscia troppo forte da gestire senza l’oggetto *addictive*. Se da una parte è possibile vivere con maggiore serenità il contatto con l’ambiente/terapeuta, fornire una narrazione di sé e della propria storia passata, progettare il futuro e una nuova definizione di sé, dall’altra, nonostante lo stimolo *trigger* sia neutro, resta il forte ricordo emotivo-cognitivo della relazione con l’oggetto.

Al contempo il paziente esprime un’alternanza di sensazioni, oscillando periodicamente tra un senso d’impazienza verso il futuro e la ridefinizione di sé, e momenti di *empasse* e di esitazione nell’andare avanti. Il confronto con la storia personale passata e con le aspettative future apre spesso a vissuti di angoscia, fallimento, nostalgia e a possibili recidive che appaiono modalità regressive di adattamento ad un campo situazionale complesso. Nonostante la terapia rappresenti un’esperienza riparativa per il paziente, possono verificarsi delle condizioni sfavorevoli che causano una “riapertura della ferita”, quali, ad esempio, vissuti di rifiuto, abbandono, relazioni con *partner* giudicanti o ipercritici (Leach e Kranzler, 2013).

Appare, quindi, indispensabile da parte del terapeuta e dell’ambiente in senso lato offrire un forte contenimento relazionale a sostegno delle intenzionalità del campo (Spagnuolo Lobb, 1990, 2011; Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021) orientate, nella “fase dell’autonomia o recidiva”, verso la reintegrazione della *funzione personalità* e della *funzione es*<sup>9</sup>. Non a caso la maggioranza delle morti per *overdose* si verificano a conclusione di un percorso in carcere o in comunità terapeutica qualora non si sia sostenuta adeguatamente la ricostruzione creativa di uno sfondo esperienziale nuovo e integrato a livello fisiologico e sociale (Pintus, 2021).

L’implicito del lavoro terapeutico con l’*addiction* è il lavoro sullo sfondo, su ciò che è stato assimilato, eventualmente dimenticato e che costituisce il sistema di supporto necessario alla creazione di nuovi contatti e al processo integrativo dell’esperienza. Secondo Perls *et al.* (1997) questo sistema di supporto proviene dalla fisiologia spontanea che promuove l’assimilazione e l’integrazione dell’esperienza (la *funzione es*) e dal complesso delle definizioni di sé nei diversi sistemi situazionali (la *funzione personalità*). Nel soggetto dipendente, in una data situazione di elevata alterazione della consueta

<sup>9</sup> Per un approfondimento delle funzioni del sé e del concetto del sé come formazione figura/sfondo si veda Perls *et al.*, 1997 e Spagnuolo Lobb, 2015, Macaluso, 2024.

attivazione a livello fisiologico o relazionale e di carente sostegno e riconoscimento, le funzioni del sé possono crollare regredendo a modalità primordiali di adattamento e riducendo la capacità integrativa del sé.

L'ipotesi clinica che sosteniamo è che la ricaduta nelle *addiction* sia l'espressione del crollo dello sfondo esperienziale, vale a dire il risultato di un disturbo improvviso o cronico della *funzione es* e della *funzione personalità* in un campo situazionale complesso o stressante nel quale manca adeguato sostegno relazionale-ambientale al riconoscimento delle intenzionalità. Nella nostra esperienza clinica il rischio di recidiva maggiore si ha quando nel campo esperienziale del paziente viene meno il necessario supporto alla reintegrazione dello sfondo fisiologico (un sentimento positivo o negativo troppo forte, una malattia improvvisa, sensazioni confusive o poco chiare, ecc.) e dello sfondo sociale (una grave perdita, un fallimento lavorativo, una notizia perturbante, un cambiamento sociale improvviso).

Pertanto, guardiamo alla ricaduta nelle *addiction* non tanto come ad una mera disfunzione o ad un autosabotaggio quanto al processo di adattamento regressivo nel momento in cui qualcosa crolla, in termini di sostegno ambientale o terapeutico, nello sfondo fisiologico e sociale che sostiene il paziente nella fase dell'autonomia o recidiva.

Il processo terapeutico, ove necessario attuato da professionalità diverse, deve tenere sempre conto di queste eventualità che potrebbero riattualizzare modalità regressive di relazione con l'ambiente e con l'oggetto *addictive* e strutturare un sistema di sostegno forte in grado di prevenire possibili crolli dello sfondo e di limitarne l'impatto qualora la recidiva accada comunque. La relazione terapeutica tra il paziente e i diversi attori di un processo di cura così complesso deve tenere al centro la dignità del paziente e sostenere la sua intenzionalità di contatto. Bisogna ingaggiare il paziente in una relazione altamente contenitiva che promuova la ristrutturazione e il sostegno alla capacità di fare contatto attraverso il sistema di contatti scontati e il corpo risensibilizzato (dentro e fuori la pelle) e attraverso una nuova definizione di sé sul piano identitario, relazionale e sociale.

La co-creazione di un campo situazionale fisico e relazionale (Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021; Wollants, 2021) in cui il paziente possa vivere un forte radicamento e nutrirsi del riconoscimento relazionale è occasione riparativa di ferite lontane e profonde, e promotrice di uno sfondo più integrato, elastico, ricco e solido, che è obiettivo della terapia dell'*addiction* e della prevenzione della sua ricaduta.



## 7. Un esempio clinico<sup>10</sup>

C. è un paziente in carico al Servizio per le Dipendenze Patologiche da trent'anni; è sposato, ha due figli, lavora per una cooperativa sociale. È nato in un paese anglofono da emigrati siciliani ed ha un fratello minore. All'età di 6 anni i genitori decidono di rientrare nel loro paese natale. C. ricorda il trasferimento in Sicilia come "traumatico" per via delle difficoltà linguistiche e di adattamento al nuovo contesto di vita, infatti, a scuola viene preso di mira dai compagni per il suo carattere timido e introverso e per le differenze culturali.

Il padre è descritto come autoritario e critico, la madre poco attenta ai bisogni del figlio e ambivalente sul piano affettivo. Per motivi di lavoro i genitori affidano C. ed il fratello alle cure della nonna paterna che non riesce a dare regole coerenti né a contenere il bisogno affettivo suo e del fratello, e C. riferisce un pervasivo senso di solitudine in quel periodo della sua vita. In adolescenza ha scarso rendimento scolastico, presenta problemi comportamentali, comincia ad abusare di cannabis e alcol, fino a quando i genitori mandano lui ed il fratello a vivere con gli zii oltreoceano, dove proseguiranno gli studi. Per C. è la realizzazione di un sogno in quanto li spera di risolvere le proprie difficoltà, ma in realtà, nonostante trovi un migliore adattamento, continua ad assumere sostanze stupefacenti e insieme al fratello viene iniziato dal cugino all'abuso di cocaina ed eroina.

Dopo il diploma, il padre lo richiama a casa, gli trova un buon impiego, conosce la donna che diventerà sua moglie e che gli chiede di astenersi dall'assumere droghe, cosa che C. riesce a fare per diversi anni, fino alla nascita della prima figlia, allorché riprende a fare uso di eroina e cocaina. In quello stesso periodo ha un episodio depressivo maggiore che lo porta ad assentarsi dal lavoro per mesi e al suo rientro in servizio viene licenziato.

Da quel momento la moglie inizia a criticarlo aspramente, minaccia di lasciarlo e portare con sé i figli qualora non dovesse cessare di assumere droghe; C. accetta di tornare al SerT<sup>11</sup> e di farsi ricoverare in una clinica privata per disintossicarsi, ma l'esperienza si rivela disastrosa: non rispetta le regole della struttura né tollera gli altri ospiti, manifestando atteggiamenti "regressivi", riesce a disintossicarsi dall'eroina ma si dimette contro il parere dei sanitari. Al suo rientro a casa inizia a soffrire di disturbi gastro-intestinali e dolori diffusi per circa 6 mesi e per i quali non è stata individuata nessuna causa organica. In questo frangente il suo profilo timico risulta sempre più deflesso: convinto che i suoi problemi di salute siano conseguenti all'astensione da eroina, decide di "automedicarsi" avviandosi di fatto ad un'ennesima ricaduta. Il paziente si rivolge di nuovo al SerT per una terapia metadonica e inizia un percorso psicoterapeutico.

<sup>10</sup> Il caso clinico qui presentato è stato seguito da Beatrice Petrosino.

<sup>11</sup> Nel sistema di organizzazione dei servizi sanitari della Regione Sicilia il SerT è l'Unità Operativa Semplice (UOS) che nell'ambito della Unità Operativa Complessa (UOC) Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche promuove, programma e coordina gli interventi e i progetti riguardanti la prevenzione, la cura, la riabilitazione, il reinserimento sociale e la riduzione del danno.

Questo è il contesto in cui avviene il nostro primo incontro clinico: una serie di ricadute, fallimenti terapeutici, percorsi interrotti, assenza di supporto familiare e ambientale, disturbi dell'umore. La figura prevalente che emerge in terapia è la sintomatologia ansioso-depressiva, in particolare la sua difficoltà ad accettare il proprio stato attuale e il desiderio di *“ritornare quello che ero prima”*.

I colleghi del servizio lo etichettano come “caso disperato”, per me rappresenta una grande sfida relazionale. Sin dall'inizio mi appare chiaro quanto il metadone e gli psicofarmaci siano gli oggetti attorno ai quali ruota la giornata di C., scandita dagli orari in cui deve necessariamente assumerli per placare l'angoscia e la frustrazione dei tanti fallimenti. Ad ogni incontro C. ribadisce la funzione del metadone nella sua vita (*“è l'unica cosa che riesce a tirarmi su, nessun'altra cosa riesce a darmi più piacere”*), così come la sua paura di un distacco dallo stesso (*“e se stessi di nuovo male? Non so se riuscirei a sopportarlo... e poi la psicologa che mi ha seguito prima mi ha detto che ormai il mio cervello non può più farne a meno”*). Appaiono evidenti la sua ambivalenza verso il trattamento e le continue critiche della moglie e dei genitori (*“mia moglie dice che mi sto solo imbottendo di farmaci, che il metadone me lo devo togliere da solo e che se non lo faccio mi lascia, dice ai miei figli che sono un drogato e se li porta via... ai miei genitori non interessa nulla di me e della mia famiglia, invece mio fratello l'hanno sempre aiutato”*).

Nel caso di C. osserviamo chiaramente un disturbo della *funzione personalità* e della *funzione es*: con il licenziamento il paziente sente di aver perso la capacità di provvedere alla sua famiglia, il suo ruolo di padre e marito, riconoscendosi unicamente nell'etichetta di *“tossico fallito”*; nel rapporto con il corpo e la sensorialità presenta una grande anestesia e difficoltà a sentire e denominare le sue sensazioni e i desideri ricorrendo ai farmaci per “spegnere” tutto ciò che proviene da “sotto la pelle”; inoltre, lamenta spesso cefalea, parestesie, tremori, insonnia e umore instabile. Il corpo non sembra più fonte di vitalità, è un corpo malato.

Il mio lavoro con C. comincia dalla nostra relazione terapeutica, sgombrando il campo dall'eco delle critiche familiari, dagli atteggiamenti giudicanti e dai sensi di colpa, e co-creando un *ground* solido che sostenga e sviluppi la capacità di entrambi di essere pienamente con l'altro in una esperienza nuova e che consenta a C. di sentirsi finalmente riconosciuto. Il *ground* di sicurezza che riusciamo a creare rappresenta un *locus* di radicamento relazionale in grado di accogliere la fiducia del paziente e ripristinare la spontaneità della sua intenzionalità di contatto.

Riscopriamo insieme la sua passione per la batteria e la musica. Per C. è

importante consapevolizzare che non esiste solo il metadone come unico oggetto di benessere e di piacere. A poco a poco C. si riconosce competente in varie attività e viene riconosciuto come tale dagli altri; grazie alla passione per la musica recupera il suo rapporto con il figlio minore che gli verbalizza il desiderio di imparare a suonare la batteria. Incoraggio quindi C. a superare le sue paure, sostenendo nuove eccitazioni e l'emergere di nuove figure in un campo relazionale di forte empatia e riconoscimento, e C. ricomincia a sentirsi di nuovo "utile", importante nella crescita del figlio e riconosciuto dalla moglie.

Un momento fondamentale nella terapia con C. è stato l'emergere nel campo del mancato sostegno ricevuto dai genitori sin dall'infanzia. A partire dalla co-creazione terapeuta-paziente di un esperimento (Spagnuolo Lobb, 2021), utile per il superamento della desensibilizzazione al confine di contatto, C. ha potuto sciogliere le sue emozioni retroflesse verso i genitori, vivacizzando la funzione io in modo più adattivo e coerente con le funzioni della sua vita personale e relazionale. Nel tempo ha imparato a non subire passivamente le critiche, dialogando in modo diretto ed equilibrato, ha ridotto gradualmente il dosaggio del metadone e degli ansiolitici, evitando di delegare alle sostanze la funzione di modulatori dei propri stati psicofisici, è riuscito a "stare" di più con le proprie emozioni e sensazioni fisiche, riappropriandosi della facoltà di poterle mitigare ed elaborare. Nella relazione terapeutica C. ha ritrovato un *ground* sicuro, un adeguato sostegno, che gli ha consentito di riparare la frattura dello sfondo e permettere a nuove figure di emergere spontaneamente dal campo co-creato. Il lavoro con C. ha avuto come punto focale la possibilità di preservare la dignità del paziente consentendogli di riconoscersi in una nuova definizione di sé, di sentire il sostegno alla sua intenzionalità derivante dalla costruzione di contatti più solidi con i familiari e di risensibilizzare il corpo "ferito".

## 8. Conclusioni

In linea con l'epistemologia gestaltica, la ricaduta nell'*addiction* può essere considerata come espressione del crollo dello sfondo di sicurezze scontate. Il lavoro clinico, basato sul sostegno alla *funzione es* e alla *funzione personalità*, può ridurre il rischio di ricaduta. Il sostegno terapeutico alla ricostruzione di uno sfondo esperienziale più saldo, integrato, vitale, dinamico, in un clima di sospensione del giudizio che superi la tendenza alla stigmatizzazione e al sentirsi etichettato, può aiutare il paziente a prevenire eventuali rischiose recidive.

**Giancarlo Pintus:** Psicologo, psicoterapeuta della Gestalt, didatta dell'Istituto di Gestalt HCC Italy presso cui insegna psicoterapia della Gestalt per le esperienze *addictive*. Specializzato presso la Scuola Nazionale sulle Dipendenze, è stato ricercatore presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa. Svolge attività clinica e di supervisione in una Comunità Terapeutica per tossicodipendenti a Bellaria di Cei (TN). È perito per i Tribunali Ecclesiastici e Ordinari, ed esercita la libera professione a Enna e Caltanissetta.

**Beatrice Petrosino:** Psichiatra, psicoterapeuta della Gestalt, Dirigente Medico SerT Caltagirone-Palagonia ASP3 Catania. Referente Progetto Gioco d'Azzardo Patologico UOC Dipendenze Patologiche ASP3 Catania. Ha svolto attività clinica e di ricerca presso l'Ambulatorio dedicato ai disturbi dello spettro autistico nell'adulto della Clinica Psichiatrica dell'Università di Catania. Esercita la libera professione a Catania e Caltagirone.

## BIBLIOGRAFIA

- Abolhasan A., Seyed M. R., Abdolhosein E. S. (2016). Research Article Measurement of Factors Influencing the Relapse of Addiction: A Factor Analysis. *Int J High Risk Behav Addict*, 6, 3: e32141. DOI: 10.5812/ijhrba.32141
- American Psychiatric Association, APA (2014). DSM-5, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Atadokht A., Hajloo N., Karimi M., Narimani M. (2015). The Role of Family Expressed Emotion and Perceived Social Support in Predicting Addiction Relapse. *Int J High Risk Behav Addict*, 4, 1:ee21250. DOI: 10.5812/ijhrba.21250
- Bardo M.T. (1998). Neuropharmacological Mechanisms of Drug Reward: Beyond Dopamine in the Nucleus Accumbens. *Crit. Rev. Neurobiol.* 12, 1/2: 37-67.
- Beck A., Wüstenberg T., Genauck A., Wrase J., Schlagenhauf F., Smolka M.N., Mann K., Heinz A. (2012). Effect of Brain Structure, Brain Function, and Brain connectivity on Relapse in Alcohol-dependent Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 69, 8: 842-852.
- Bozdağ N., Çuhadar D. (2021). Internalized Stigma, Self-efficacy and Treatment Motivation in Patients with Substance Use Disorders. *Journal of Substance Use*, 27, 2: 174-180. DOI: 10.1080/14659891.2021.1916846
- Bricolo F.A., Gomma M., Bellamoli E., Serpelloni G. (2010). Rassegna dei modelli teorici di interpretazione della dipendenza da sostanze stupefacenti. In: Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M., a cura di, *Elementi di neuroscienze e dipendenze*. Verona: Dipartimento delle Dipendenze ULSS 2, pp. 27-38.
- Brownell P., Schultess P. (2014) Le dipendenze. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli, pp. 413-438.
- Caprioli D., Celentano M., Paolone G., Badiani A. (2007). Modeling the Role of Environment in Addiction. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 31, 8: 1639-1653. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2007.08.029
- Carvajal S.C., Clair S.D., Nash S.G., Evans R.I. (1998). Relating Optimism, Hope, and Self-esteem to Social Influences in Deterring Substance Use in Adolescents. *J. Soc. Clin. Psychol.*, 17: 443-465.
- Cavaleri P.A. (2007). *Vivere con l'altro. Per una cultura della relazione*. Roma: Città Nuova.
- Cavaleri P.A. (2014). Il piacere della regressione. In: Pintus G., Crolle Santi M.V., a cura di, *La relazione assoluta. Psicoterapia della Gestalt e dipendenze patologiche*. Roma: Aracne, pp. 141-163.

- Cavaleri P.A., Pintus G. (2010). “Essere-con” nel mondo di oggi. Dialogo sulla cultura della relazione. *Quaderni di Gestalt XXIII*, 1: 35-49, DOI: 10.328/GEST2010-001003
- Cloninger R.C. (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. A Proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 6: 573-588
- Connelly T.W. (2005). Family Functioning and Hope in Children with Juvenile Rheumatoid Arthritis. *MCN Am. J. Matern. Child Nurs.* 30, 4: 245-250. DOI: 10.1097/00005721-200507000-00008
- Cozolino L. (2008). *Il cervello sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Grant, B. F. (2007). Rates and Correlates of Relapse Among Individuals in Remission from DSM-IV Alcohol Dependence: A 3-year Follow-up. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 31, 12: 2036-2045. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2007.00536.x
- D’Sa C., Dileone R. J., Anderson G. M., Sinha R. (2012). Serum and Plasma Brain-derived Neurotrophic Factor (BDNF) in Abstinent Alcoholics and Social Drinkers. *Alcohol.*, 46, 3: 253-259. DOI: 10.1016/j.alcohol.2011.12.001
- Dell’Osso L., Massimetti E., Rugani F., Carmassi C., Fareed A., Stratta P., Rossi A., Massimetti G., Maremmani I. (2015). Life Events (Loss and Traumatic) and Emotional Responses to Them in Acute Catastrophe Survivors and Long-lasting Heroin Use Disorder Patients Never Exposed to Catastrophic Events. *Heroin Addict Relat Clin Probl.*, 17: 49-58.
- Di Clemente C.C., Crisafulli M.A. (2017). Alcohol Relapse and Change Needs a Broader View than Counting Drinks. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41, 2: 266-269. DOI: 10.1111/acer.13288
- Di Clemente C.C., Crisafulli M.A. (2022). Relapse on the Road to Recovery: Learning the Lessons of Failure on the Way to Successful Behavior Change. *Journal of Health Service Psychology*, 48: 59-68. DOI: 10.1007/s42843-022-00058-5
- Durazzo T.C., Tosun D., Buckley S., Gazdzinski S., Mon A., Fryer S.L., Meyerhoff D.J. (2011). Cortical Thickness, Surface Area, and Volume of the Brain Reward System in Alcohol Dependence: Relationships to Relapse and Extended Abstinence. *Alcohol Clin Exp Res*, 35, 6: 1187-1200. 10.1111/j.1530-0277.2011.01452.x
- Eisch A.J., Barrot M., Schad C.A., Self D. W., Nestler E.J. (2000). Opiates Inhibits Neurogenesis in the Adult Rat Hippocampus. *Proc. Natl Acad Sci USA*, 97, 13: 7579-7584. DOI: 10.1073/pnas.120552597
- Eisenberger, N.I.; Lieberman, M.D. (2005). Why it Hurts to be Left Out. The Neurocognitive Overlap Between Physical and Social Pain. In: Williams K.D., Forgas J.P., von Hippel W., eds., *The Social Outcast: Ostracism Social Exclusion, Rejection, and Bullying*. New York, NY: Cambridge University Press, pp. 109-127.
- Epstein D.H., Marrone G.F., Heishman S.J., Schmittner J., Preston K.L. (2009). Tobacco, Cocaine, and Heroin: Craving and Use During Daily Life. *Addict Behav.* 35: 318-324. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.11.003
- Earnshaw V.A. (2020). Stigma and Substance Use Disorders: A Clinical, Research, and Advocacy Agenda. *American Psychologist*, 75, 9: 1300-1311. DOI: 10.1037/amp0000744
- Fals-Stewart W., O’Farrell T.J., Hooley J. (2010). Relapse Among Married or Cohabiting Substance-abusing Patients: The Role of Perceived Criticism. *Behavior Therapy*, 41, 2: 388-400. DOI: 10.1016/S0005-7894(01)80021-6
- Goldestein R.Z., Volkow N.D. (2002). Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am. J. Psychiatry*, 159, 10: 1642-1652. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.10.1642
- Gokcearslan E., Ozgur O., Akgun R. (2011). Social Service Need for the Treatment of Alcohol and Substance Addiction “Amatem Case”. *Int J Acad Res.*, 3, 2: 258-264.

- Ibrahim F., Kumar N., Samah B.A. (2011). Self-efficacy and Relapsed Addiction Tendency: An Empirical Study. *Soc. Sci.*, 6: 277-282. DOI: 10.3923/sscience.2011.277.282
- Irving L.M., Seidner A.L., Burling T.A., Pagliarini R., Robbinssisco D. (1998). Hope and Recovery from Substance Dependence in Homeless Veterans. *J. Soc. Clin. Psychol.*, 17: 389-406.
- Jafari E., Eskandari H., Sohrabi F., Delavar A., Heshmati R. (2010). Effectiveness of Coping Skills Training in Relapse Prevention and Resiliency Enhancement in People with Substance Dependency. *Procedia Soc. Behav. Sci.*, 5: 1376-1380.
- Kalivas P.W., Volkow N.D. (2005). The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *Am J. Psychiatry*, 162, 8: 1403-1413.
- Khantzian E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 11: 1259-1264. DOI: 10.1176/ajp.142.11.1259
- Khantzian E.J. (1997). The Self-medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, Vol. 4, 5: 231-244. DOI: 10.3109/10673229709030550
- Kelley A.E. (2004). Ventral Striatal Control of Appetitive Motivation: Role in Ingestive Behavior and Reward-related Learning. *Neurosci Biobehav Rev.*, 27, 8: 765-776.
- Leach D., Kranzler H.R. (2013). An Interpersonal Model of Addiction Relapse. *Addictive Disorders and their Treatment*, 12, 4: 183-192. DOI:10.1097/ADT.0b013231826ac408
- Lemos V.A., Antunes H.K., Baptista M.N., Tufik S., Mello M.T., Formigoni M.L. (2012). Low Family Support Perception: A “Social Marker” of Substance Dependence? *Rev Bras Psiquiatr.*, 34, 1: 52-59.
- Luthans F., Youssef C.M. (2007). Emerging Positive Organizational Behavior. *J. Manag. Off. J. South. Manag. Assoc.*, 33: 321-349.
- Macaluso M.A. (2024). *Fenomenologia del sé e relazione terapeutica. Individuo e campo nell'approccio gestaltico*. Milano: FrancoAngeli.
- Macdonald G., Leary M.R. (2005). Why Does Social Exclusion Hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain. *Psychol Bull.*, 131, 2: 202-223.
- Maisto S.A., Roos, C.R., Hallgren K.A., Moskal D., Wilson A.D., Witkiewitz K. (2016). Do Alcohol Relapse Episodes During Treatment Predict Long-term Outcomes? Investigating the Validity of Existing Definitions of Alcohol Use Disorder Relapse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40, 10: 2180-2189. DOI: 10.1111/acer.13173
- Marchiori L. (2014). Dipendenze e prevenzione. Fattori di rischio e di protezione. In: Pintus G., Crolle Santi M.V., a cura di, *La relazione assoluta. Psicoterapia della Gestalt e dipendenze Patologiche*. Roma: Aracne, pp.187-208.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). *Relapse Prevention*. New York, NY: Guilford Press.
- McFarland K., Lapish C.C., Kalivas P.W. (2003). Prefrontal Glutamate Release into the Core of the Nucleus Accumbens Mediates Cocaine-induced Reinstatement of Drug-seeking Behavior. *J. Neurosci*, 23: 3531-3537. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.23-08-03531.2003.
- McKay J.R., Foltz C., Leahy P., Stephens R., Orwin R.G., Crowley E.M. (2004). Step Down Continuing care in the Treatment of Substance Abuse: Correlates of Participation and Outcome Effects. *Eval Program Plann*, 27, 3: 321-331. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2004.04.005
- McKay J.R., Rutherford M.J., Alterman A.I., Cacciola J.S., Kaplan M.R. (1995). An Examination of the Cocaine Relapse Process. *Drug Alcohol Depend.*, 38: 35-43.
- Milivojevic V., Sinha R. (2018). Central and Peripheral Biomarkers of Stress Response for Addiction Risk and Relapse Vulnerability. *Trends Mol Med.*, 24, 2: 173-186. DOI: 10.1016/j.molmed.2017.12.010.
- Moe F.D., Moltu C., McKay J.R., Nesvag S., Bjornestad J. (2021). Is the Relapse Concept in

- Substance Use Disorders a “One Size Fits All” Concept? A Systematic Review of Relapse Operationalisations. *Drug and Alcohol Review*, 41-4: 743-758. DOI: 10.1111/dar.13401
- Nikmanesh Z., Baluchi M.H., Motlagh A.A.P. (2016). The Role of Self-Efficacy Beliefs and Social Support on Prediction of Addiction Relapse. *Int J High Risk Behav Addict.*, 6, 1: e 21209. DOI: 10.5812/ijhrba.21209
- O’ Farrell T.J., Hooley J., Fals-Stewart W., Cutter H. (1998). Expressed Emotion and Relapse in Alcoholic Patients. *J Consult Clin Psychol.*, 66, 5: 744-752.
- Orange D. (2014). Preface, in Spagnuolo Lobb M., *The Now-for-Next in Psychotherapy. Gestalt Therapy Recounted in Post-Modern Society*. Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Italy Publ.Co., pp. 15-18.
- Panksepp J., Herman B., Conner R., Bishop P., Scott J.P. (1978). The Biology of Social Attachments: Opiates Alleviate Separation Distress. *Biol Psychiatry.*, 13, 5: 607-618.
- Panksepp J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Panksepp J., Biven L. (2012). *Archeologia della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Perls F., Hefferline R.F., Goodman P. (1997). *Teoria e Pratica della Terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. Roma: Astrolabio (ed. or.: *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York, NY: The Gestalt Journal Press, 1951; 1994).
- Pintus G. (2011). Tempo e relazione nel vissuto dipendente. Percorsi Ermeneutici e clinici. In: Menditto M., a cura di, *Psicoterapia della Gestalt contemporanea. Esperienze e strumenti a confronto*. Milano: FrancoAngeli, pp. 203-210.
- Pintus G. (2015). Processi neurobiologici e riconoscimento terapeutico nell’esperienza addictive. *Quaderni di Gestalt*, XXVIII, 1: 63-71. DOI: 10.3280/GEST2015-001005.
- Pintus G. (2016). Neurobiological Processes and Contact Competence in Addictive Experience. *International Journal of Psychotherapy*, XX, 3: 23-29.
- Pintus G., Crolle Santi M.V., a cura di (2014). *La relazione assoluta. Psicoterapia della Gestalt e dipendenze Patologiche*. Roma: Aracne.
- Pintus G., Pappalardo N.G. (2019). Sintonizzazione genitoriale, riconoscimento degli stati affettivi e vulnerabilità alle addiction: alcuni dati di ricerca. *Quaderni di Gestalt*, XXXII, 2: 79-97. DOI: 10.3280/GEST2019-002005
- Pintus G., Grech M. (2021). L’addiction come trauma persistente dello sfondo: neurobiologia e psicoterapia della Gestalt. In: Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della Situazione*. Milano: FrancoAngeli, pp. 193-212.
- Pintus G., Laudicina L. (2021), Esperienza addictive ed esperienza traumatica: fratture dello sfondo a confronto. Un contributo di ricerca. *Quaderni di Gestalt*, XXXIV,2: 45-57. DOI: 10.3280/GEST2021-002004
- Porges S.W. (2018). *La guida alla teoria polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza*. Roma: Giovanni Fioriti (ed. or.: *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory: The Transformative Power of Feeling Safe*. New York, NY: WW Norton, 2017).
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 1: 7-29. DOI: 10.15288/jsa.1997.58.7
- Pulvirenti L. (2007). *Il cervello dipendente*. Milano: Mondadori.
- Reitz A.K., Mottistefanidi F., Asendorpf J.B. (2014). Mastering Developmental Transitions in Immigrant Adolescents: The Longitudinal Interplay of Family Functioning, Developmental and Acculturative Tasks. *Dev. Psychol.*, 50: 754-765. DOI: 10.1037/a0033889
- Robinson E., Berridge K.C. (1993). The Neural Basis of Drug Craving: An Incentive Sensitization Theory of Addiction. *Brain Research Review*, 18: 247-291. DOI: 10.1016/0165-0173(93)90013-P

- Rosenblum A., Magura S., Fong C., Cleland C.M., Norwood C., Casella D., Truell, J., Curry P. (2005). Substance Use Among Young Adolescents in Hiv-affected Families: Resiliency, Peer Deviance, and Family Functioning. *Subst. Use Misuse*, 40: 581-603. DOI: 10.1081/JA-200030816
- Sadegiye Ahari S., Azami A., Barak M., Amani F., Firuz S. (2004). Reviewing the Causes of Recurred Addiction in Patients Who Referred to Centers Introduced of Tehran Welfare. *Ardabil Med Univ J.*, 3, 4: 36-40.
- Sahin Z.S., Nalbone D.P., Wetchler J.L., Bercik J.M. (2010). The Relationship of Differentiation, Family Coping Skills, and Family Functioning with Optimism in College-Age Students. *Contemp. Fam. Ther.*, 32: 238-256.
- SAMHSA (2012). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Disponibile al sito <http://blog.samhsa.gov/2012/03/23/definition-of-recovery-updated>.
- Shallice T. (1990). *Neuropsicologia e struttura della mente*. Bologna: il Mulino.
- Siegel D.J. (2009). *Mindfulness e cervello*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. New York, NY: Norton, 2007).
- Sinha R. (2008). Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. *Ann N. Y. Acad. Sci.*, 1141: 105-130.
- Sinha R. (2011). New Findings on Biological Factors Predicting Addiction Relapse Vulnerability. *Curr Psychiatry Rep.*, 13: 398-405. DOI: 10.1007/s11920-011-0224-0.
- Spagnuolo Lobb M. (1990). Il sostegno specifico nelle interruzioni del contatto. *Quaderni di Gestalt*, 10/11: 13-23.
- Spagnuolo Lobb M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.
- 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. (2021). Il Lavoro sullo sfondo, l'estetica e la "danza". La conoscenza relazionale estetica e la reciprocità. In: Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli, pp. 25-51.
- Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di (2021), *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli.
- Sripada C.S., Angstadt M., McNamara P., King A.C., Phan L.K. (2011). Effects of Alcohol on Brain Responses to Social Signals of Threat in Humans. *Neuroimage*, 55, 1: 371-380.
- Stajduhar K.I., Funk L.M., Shaw A.L., Botorff J.L., Johnson J.L. (2009). Resilience from the Perspective of the Illicit Injection Drug User: An exploratory descriptive study. *Int. J. Drug Policy*, 20: 309-316.
- Suchman N.E., Luthar S.S. (2001) The Mediating Role of Parenting Stress in Methadone-Maintained Mothers' Parenting. *Parent Sci Pract.*, 1, 4: 285-315.
- Van Boekel L.C., Brouwers E.P.M., van Weeghel J., Garretsen H.F.L. (2013). Stigma Among Health Professionals Towards Patients with Substance Use Disorders and Its Consequences for Healthcare Delivery: Systematic Review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 1/2: 23-25. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018
- Volkow N.D., Fowler J.S. (2000). Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex. *Cerebral Cortex*, 10: 318-325.
- Wemm S.E., Sinha R. (2019). Drug-induced Stress Responses and Addiction Risk and Relapse. *Neurobiology of Stress*, 1, 10: 100148. DOI: 10.1016/j.ynstr.2019.100148
- Wheeler G. (1991). *Gestalt Reconsidered. A New Approach to Contact and Resistance*. New York, NY: Gardner Press Inc.



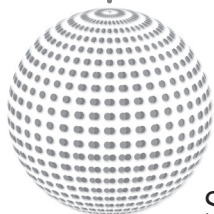
- Witkiewitz K., Marlatt G.A. (2007). Modeling the Complexity of Post-treatment Drinking: It's a Rocky Road to Relapse. *Clinical Psychology Review*, 27, 6: 724-738. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.01.002
- Witte T.H., Wright A., Stinson E.A. (2019). Factors Influencing Stigma Toward Individuals who Have Substance Use Disorders. *Substance Use & Misuse*, 54, 7: 1115-1124. DOI: 10.1080/10826084.2018.1560469.
- Xie H., McHugo G.J., Fox M.B., Drake R.E. (2005). Substance Abuse Relapse in a Ten-year Prospective Follow-up of Clients with Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatr Serv.*, 56, 10: 1282-1287. DOI: 10.1176/appi.ps.56.10.1282
- Wollants G. (2021). *Psicoterapia della Gestalt: terapia della situazione*. Milano: Franco-Angeli (ed. or.: *Gestalt Therapy. Therapy of the Situation*, London, UK: Sage Publications Ltd, 2012).
- Zeng X., Tan C. (2021). The Relationship Between the Family Functioning of Individuals with Drug Addiction and Relapse Tendency: A Moderated Mediation Model. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 2: 625. DOI: 10.3390/ijerph18020625.

## FrancoAngeli

### a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.



Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

*Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.*

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

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



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

*[Ricevuto il 15 luglio 2024*

*Accettato per la stampa il 30 settembre 2024]*

### **Abstract**

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

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

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

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

\*\* Istituto di Gestalt HCC Italy, Via Vitaliano Brancati, 20, 95128 Catania. E-mail: [michele.cannavo@gestalt.it](mailto:michele.cannavo@gestalt.it)

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

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

*Note biografiche degli autori in fondo al saggio.*

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

DOI: 10.3280/qg2024-2oa18163

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

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

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

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

## Riassunto

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

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

## 1. Introduzione: il disturbo psicosomatico

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

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

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

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

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

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

## 2. Efficacia del trattamento dei disturbi psicosomatici

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6. Un caso clinico: la pelle che si infiamma<sup>1</sup>

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

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

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

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

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

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

<sup>1</sup> Il caso clinico qui presentato è stato seguito da Michele Cannavò.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **7. La Conoscenza Relazionale Estetica nei disturbi psicosomatici**

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

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

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

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

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

## 8. Conclusioni

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

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



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

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

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

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

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

## BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

***La qualità della relazione  
precoce genitori-bambino: introduzione di una  
scheda/intervista psico-relazionale nei bilanci  
di salute in età pediatrica.***



***Primi risultati per la fascia d'età 0-36 mesi\****

*The Quality of the Early Parent-child Relationship: Introduction of a  
Psycho-relational Form/Interview in Pediatric Health Assessments.*

*First Results for the 0-36 Months Age Group*

Pier Luigi Righetti\*\*, Ilaria Generali\*\*\*, Margherita Spagnuolo  
Lobb\*\*\*\*, Andrea Righetti\*\*\*\*\*, Vincenzo Calvo\*\*\*,  
Carmela Bravaccio\*\*\*\*\* e Pietro Ferrara\*\*\*\*\*

[Ricevuto il 22 luglio 2024]

Accettato per la stampa il 26 settembre 2024]

**Abstract**

There are very time-consuming and demanding procedures for assessing the early parent-child relationship. The aim of this research was to create a simple and intuitive form to be

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

Ringraziamo la SIP (Società Italiana di Pediatria) che ha promosso e permesso questo tavolo di lavoro per lo studio della relazione precoce genitore-bambino e i pediatri di famiglia che hanno collaborato alla raccolta dei questionari tra i loro pazienti.

\*\* Azienda ULSS 3 Serenissima. Via Paccagnella, 11, 30174 Mestre (VE). E-mail: [pl.righetti@libero.it](mailto:pl.righetti@libero.it)

\*\*\* Università degli Studi di Padova. Via Venezia, 12/2, 35131 Padova. E-mail: [ilariagegeneral99@gmail.com](mailto:ilariagegeneral99@gmail.com); [vincenzo.calvo@unipd.it](mailto:vincenzo.calvo@unipd.it)

\*\*\*\* Istituto di Gestalt HCC Italy. Via S. Sebastiano, 38, 96100 Siracusa. E-mail: [training@gestalt.it](mailto:training@gestalt.it)

\*\*\*\*\* Società Italiana di Pediatria. Via Sestiere San Polo, 1837, 30125 Venezia (VE). E-mail: [arighez63@gmail.com](mailto:arighez63@gmail.com)

\*\*\*\*\* Università Federico II di Napoli. Corso Umberto I, 40, 80138 Napoli. E-mail: [carmela.bravaccio@unina.it](mailto:carmela.bravaccio@unina.it)

\*\*\*\*\* Università Campus Bio-Medico. Via Álvaro del Portillo 200, 00128 Roma. E-mail: [p.ferrara@policlinicocampus.it](mailto:p.ferrara@policlinicocampus.it)

*Note biografiche degli autori in fondo al saggio.*

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

DOI: 10.3280/qg2024-2oa18206

administered in pediatric health reports that assesses the child's psychological development and the parent-child relationship (Psycho-Relational Form), leading to a final evaluation on two alert parameters; Level 1: the pediatrician re-evaluates the psychological and relational aspects at the next health report; Level 2: psychological/psychotherapeutic or neuropsychiatric counselling is required.

At the suggestion of the Italian Society of Gestalt Psychotherapy (SIPG), a research group was set up with the Italian Society of Pediatrics (SIP) and the Italian Society of Child Neuropsychiatry (SINPIA), which constructed the Form and had it administered by a number of family pediatricians. Thirty cards were collected from 1-month-olds, 30 from 3-month-olds, 30 from 6-month-olds, 23 from 12-month-olds, 17 from 18-24-month-olds and 21 from 36-month-olds (total of 141 cards for the age group 0-36 months), with random sampling of children who presented themselves at the Health Report. Using statistical instruments, the relational and psychological manifestations of the child, the emotional-psychological state of the parent and the quality of the parent-child relationship were investigated.

In the first few months of life, the children considered attain almost all the elements provided for in the form, while at 18-24 months there was a decrease in the capacities attained, which increased again at 36 months. A significant difference emerged between mother and father in the change in mood and feeding from the child's birth until 12 months and in the change in sleep from 0 to 36 months. The father's sleep alteration changed in the various age groups of the child: it was more present when the child was 1 month old and tended to decrease as the child grew. Finally, a difference could be seen in the child's accompaniment to the pediatric visit: at 1 month, most of the children considered were accompanied by both parents, whereas as they grew older, they were increasingly accompanied by only one parent, mainly the mother.

The results turned out to be in line with expectations and previous theoretical contributions. The limitations of the study and suggestions for future research are discussed.

In the future, our research group will evaluate the entire pediatric age range 0-14 years.

*Keywords:* Relational assessment, psychological prevention, interdisciplinary collaboration, psycho-relational board, pediatric health assessment.

## **Riassunto**

L'obiettivo di questo lavoro promosso da un gruppo di ricerca SIPG (Società Italiana Psicoterapia Gestalt), SIP (Società Italiana Pediatri) e SINPIA (Società Italiana Neuropsichiatri Infanzia e Adolescenza), è stato quello di creare una scheda semplice e intuitiva (Scheda Psico-Relazionale), da somministrare nei bilanci di salute pediatrici, che valuti lo sviluppo psicologico del bambino e lo sviluppo relazionale genitori-bambino, finalizzata ad una valutazione finale su due parametri di allerta. Sono state raccolte 141 schede per la fascia d'età 0-36 mesi.

I risultati sono in linea con le aspettative e con i contributi teorici precedenti. Vengono discussi i limiti dello studio e i suggerimenti per la ricerca futura.

Il nostro gruppo di ricerca in futuro valuterà tutta l'età pediatrica 0-14 anni.

*Parole chiave:* Valutazione relazionale, prevenzione psicologica, collaborazione interdisciplinare, scheda psico-relazionale, bilancio di salute pediatrica.

## 1. Introduzione

La ricerca (MacMillan *et al.*, 2020) suggerisce che ci sia un'influenza della depressione perinatale sulla qualità dell'interazione madre-bambino e dunque che «la depressione perinatale potrebbe incidere sullo sviluppo del piccolo» (p. 678): le madri che hanno sintomi depressivi all'inizio della gravidanza sono valutate con la Scala di Disponibilità Emotiva (EAS) (MacMillan *et al.*, 2020) come non disponibili nell'interazione con il bambino a 6 mesi dopo il parto, di conseguenza, i figli sono maggiormente predisposti a sviluppare problemi emotivi, comportamentali e psicologici. Inoltre, la maggior parte delle madri valutate con depressione *post-partum* presenta anche una diagnosi di disturbo della personalità che incide su una maggiore probabilità di sviluppare un attaccamento insicuro con il proprio bambino (Smith-Nielsen *et al.*, 2016; Conroy *et al.*, 2012).

La depressione materna pre- e post-natale, in quanto maggiormente collegata a una scarsa qualità dell'interazione madre-bambino, può quindi provocare in quest'ultimo un aumentato rischio di sviluppo cognitivo, emotivo e comportamentale sfavorevole e pertanto è importante conoscere diversi approcci al trattamento per gestire i vari stili di scambio della diade (Binda *et al.*, 2019a).

La letteratura ci suggerisce poi che tendenzialmente i figli di madri ansiose, che hanno una relazione principalmente basata sull'ipereccitazione, possono affrontare le sfide sociali con più difficoltà rispetto ai controlli sani e avere maggiori probabilità d'insorgenza di problemi comportamentali, cognitivi, socio-emotivi, disturbi d'ansia e dello sviluppo (Kaitz *et al.*, 2010).

Nel programma dello *still-face* (Tronick *et al.*, 1978) le diadi ansiose fanno esperienza di difficoltà nel regolare l'interazione madre-bambino a causa di una risposta eccessiva o insufficiente che riflette una difficoltà nel dosaggio emozionale e, di conseguenza, a queste coppie serve molto tempo per riprendersi dalla sfida del volto immobile e tornare ad una situazione iniziale. In alcune madri l'alto livello di ansia può compromettere il funzionamento quotidiano e incidere sulla capacità di essere un buon genitore. Infatti, «le cognizioni e le percezioni negative, comunemente associate ai disturbi d'ansia, possono anche avere il potenziale di distorcere l'interpretazione di una madre dei segnali del suo bambino, che a sua volta potrebbe influenzare la risposta comportamentale della madre al bambino» (Nath *et al.*, 2019, p. 102).

È fondamentale che sia presente una buona qualità della relazione con i *caregiver* primari in quanto l'interazione madre-bambino e le competenze genitoriali sono spesso collegate al linguaggio, alla cognizione, allo sviluppo

motorio e sociale infantile. Nei bambini nati a termine, la qualità dell'interazione madre-figlio è associata alle caratteristiche del linguaggio precoce già a sei mesi di età (Rocha *et al.*, 2020). Le differenze individuali nelle abilità linguistiche dei bambini sono influenzate dalla quantità e qualità dell'*input* vocale di entrambi i genitori, infatti, l'ampiezza del vocabolario dei padri, oltre a quello delle madri, contribuisce alla crescita del vocabolario e allo sviluppo lessicale e grammaticale dei figli (Leech *et al.*, 2013).

Lo sviluppo del linguaggio e i risultati socio-emotivi dei bambini sono correlati anche alle competenze genitoriali, fra cui la sensibilità, il calore, la reattività, la mentalizzazione e la stimolazione cognitiva (Farkas *et al.*, 2020).

Per sensibilità si intende la capacità materna di cogliere i segnali del bambino, interpretarli e fornire una risposta con conseguente reazione di attaccamento sicuro, migliore capacità cognitiva, maggiore sviluppo sociale e migliori performance esecutive (Farkas *et al.*, 2020).

Per mentalizzazione genitoriale, invece, si intende la capacità del genitore di comprendere il bambino come un individuo pensante e di trasmettergli questa informazione attraverso il linguaggio (Zeegers *et al.*, 2017). Quando le madri condividono l'affetto, l'attenzione, la sequenza temporale e le pause dei loro bambini per consentire loro la risposta, i bambini fanno progredire la loro comunicazione e il loro sviluppo linguistico, cognitivo e sociale (Rocha *et al.*, 2020).

La qualità dell'interazione madre-bambino sembra essere anche un importante predittore per un sano sviluppo psicomotorio, in particolare un'interazione sensibile, reattiva, attenta e stimolante rappresenta un fattore protettivo per la crescita del figlio, al contrario un'interazione di bassa qualità è un fattore di rischio per lo sviluppo (Binda *et al.*, 2019b).

Un altro fattore di rischio è rappresentato dalle famiglie monoparentali o dalla mancanza di coinvolgimento del padre nelle cure quotidiane del bambino (Binda *et al.*, 2019b).

Anche l'allattamento al seno incide sullo sviluppo del neonato e in particolare un allattamento al seno per meno di sei mesi potrebbe essere causa di maggiori problematiche nello sviluppo cognitivo e motorio (Binda *et al.*, 2019b).

Inoltre, i risultati della revisione di Eira Nunes *et al.* (2021) suggeriscono l'efficacia della co-genitorialità sui risultati relativi all'adattamento del bambino, al benessere dei genitori e alla qualità delle relazioni romantiche e della relazione genitore-figlio. Si può ritenere che i problemi dello sviluppo risiedono nella relazione (Bornstein e Putnick, 2021).

I genitori vengono considerati gli agenti primari della socializzazione dei figli.



Risulta utile, dunque, riuscire a valutare le capacità relazionali genitore-figlio per intervenire nei casi in cui ce ne sia il bisogno. La valutazione delle capacità relazionali genitore-bambino è un processo complesso e multidimensionale che coinvolge l'osservazione e la valutazione delle interazioni tra genitore e figlio in diversi contesti e situazioni dello sviluppo (Simonelli e Bighin, 2012).

Non è solo la quantità di tempo trascorso con il bambino e la sensibilità genitoriale che conta nello sviluppo, ma anche l'equilibrio nell'impegno di entrambi i genitori (Favez *et al.*, 2021).

Nella valutazione delle capacità relazionali genitore-figlio la letteratura ci suggerisce che il bambino tendenzialmente può risultare impegnato, disimpegnato o iper-coinvolto (Mazzoni *et al.*, 2015). Queste caratteristiche possono essere valutate attraverso strumenti di tipo narrativo come l'intervista sulle rappresentazioni materne in gravidanza, di tipo comportamentale, tra cui l'osservazione diretta, l'intervista con il genitore, l'utilizzo di questionari e scale di valutazione e l'osservazione del contesto e delle dinamiche familiari (Simonelli *et al.*, 2008). Gli strumenti e le scale esistenti, però, oltre a non essere di veloce somministrazione, hanno un *focus* solo sul bambino, nessuno di questi è utilizzabile da un non professionista della salute mentale e vengono somministrati solo quando la relazione risulta già compromessa; non esiste uno strumento simile a quello riportato in questo nostro lavoro per quanto riguarda la semplicità e velocità di somministrazione.

## 2. Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo della ricerca è stato quello di costruire, introdurre e sviluppare una scheda per i pediatri, da utilizzare nei vari bilanci di salute, che valutasse precocemente oltre allo sviluppo psicologico del bambino anche lo sviluppo relazionale genitori-bambino (denominata Scheda Psico-Relazionale). Questo è servito per permettere di riconoscere quanto prima i bambini e le famiglie che necessitano di un aiuto e indirizzarli a chi di dovere per creare una collaborazione fra pediatri, psicologi/psicoterapeuti e neuropsichiatri infantili.

Si ipotizza che la Scheda Psico-Relazionale consenta ai pediatri di individuare precocemente i bambini e le famiglie a rischio di sviluppare difficoltà psicologiche o relazionali, permettendo così un intervento preventivo efficace, un invio a servizi di supporto adeguati e una collaborazione strutturata tra pediatri, psicologi/psicoterapeuti e neuropsichiatri Infantili.

Si è voluta, dunque, proporre una linea di ricerca comune tra pediatri,

psicologi/psicoterapeuti e neuropsichiatri infantili che potesse diventare il riferimento per tutti i pediatri che si trovano ad affrontare quali sono i segnali dei bambini che predicono una psicopatologia e sapere, di conseguenza, a chi doverli indirizzare.

In particolare, l'intento è stato quello di creare, al momento, due livelli di valutazione e di gravità: il primo, in cui il pediatra non ritiene che ci siano particolari compromissioni e, dunque, rivede il bambino normalmente e il secondo, in cui esistono dei predittori sulla scala che indicano l'opportunità di far valutare il bambino e la sua relazione con i genitori da uno psicologo/psicoterapeuta o da un neuropsichiatra infantile.

### 3. Partecipanti, strumenti e procedura

Alla ricerca hanno partecipato 174 bambini: 30 di 1 mese (18% sul totale), 30 di 3 mesi (17% sul totale), 30 di 6 mesi (17% sul totale), 23 di 9 mesi (13% sul totale), 23 di 12 mesi (13% sul totale), 17 di 18-24 mesi (10% sul totale) e 21 di 36 mesi (12% sul totale).

Il campionamento dei bambini è avvenuto in modo *random* su quelli che si presentavano al Bilancio di Salute.

Ai bambini e ai genitori è stata somministrata una scheda psico-relazionale che valuta: le manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino nella prima sezione, lo stato emotivo-psicologico del genitore nella seconda sezione e la qualità della relazione genitore-bambino osservata dal pediatra durante la visita nella terza sezione. Lo strumento è stato creato per sottolineare l'importanza di cogliere, da parte dei professionisti che non lavorano nell'area della salute mentale, i segnali precoci che potrebbero trasformarsi in sintomi psicologici.

La Scheda Psico-Relazionale divisa per 7 fasce di età da 1 a 36 mesi è stata, dunque, somministrata da parte dei pediatri ai bambini e alle rispettive famiglie durante i bilanci di salute. Ai partecipanti veniva chiesto di compilare il questionario in forma cartacea oppure *online* tramite la piattaforma "Google Moduli" della durata di circa 5 minuti. La compilazione era anonima e lo studio era di tipo "trasversale".

La Scheda Psico-Relazionale (si veda a fine articolo) è stata creata da psicologi, psicoterapeuti, pediatri e neuropsichiatri infantili sulla base di confronti teorici, di studio, analisi della letteratura, durati per più di un anno. Poiché la Scheda presenta delle domande "finite e chiuse" con poco spazio "aperto" (vedi "Altro" sulla Scheda) i pediatri che hanno partecipato allo studio non hanno avuto bisogno di formazione preliminare.

#### 4. Analisi dei dati

Questo studio trasversale e l'analisi sono stati svolti a partire dai dati raccolti mediante la somministrazione della Scheda Psico-Relazionale in versione cartacea o digitale (*online*) da parte dei pediatri ai bambini e alle loro famiglie durante i vari bilanci di salute in età pediatrica.

Il materiale è stato reso disponibile come *database* Microsoft Excel diviso per le varie fasce di età da 1 mese a 36 mesi per un totale di 174 bambini con le rispettive famiglie; è stato quindi condotto uno studio accurato delle singole fasce di età per concentrarsi poi sull'analisi dei dati aggregati.

In *primis*, è stata condotta un'analisi descrittiva e sono state calcolate le frequenze con le corrispondenti percentuali di tutte le singole risposte positive e negative ai singoli item dell'intero questionario per ogni fascia di età; poi, è stata calcolata la media (*M*), la mediana (*Me*), la deviazione standard (*DS*), il minimo (*Min*) e il massimo (*Max*) del numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino per ogni singola tappa di età del bilancio di salute ed è stato calcolato, con il supporto di tabelle e istogrammi, quante manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino previste dalla scheda per ogni singola fascia di età fossero state raggiunte.

Sono state eseguite le statistiche descrittive e poi quelle dei dati aggregati della scheda per: analizzare le differenze nelle prestazioni di madre e padre col passare dei mesi e analizzare anche il confronto fra le risposte dei due; osservare l'andamento della qualità della relazione genitore-bambino e valutare come cambia chi accompagna il bambino alla visita pediatrica durante la crescita. Infine, ci interessava confrontare le percentuali medie di capacità raggiunte dai bambini nelle varie tappe e sulla base del punteggio ottenuto istituire dei parametri di allerta.

In un secondo momento, abbiamo eseguito un'analisi di dati aggregati per avere un confronto di insieme che raggruppasse tutte le singole tappe di età considerate nel bilancio di salute.

È stato visto, così, come cambiano le risposte da parte di madre e padre, per esempio, alle singole domande sullo stato emotivo-psicologico del genitore a mano a mano che il bambino cresce e poi si è calcolata la significatività attraverso il Test del Chi quadrato di Pearson ( $\chi^2$ ).

In seguito, abbiamo avuto la possibilità di osservare su una tabella di contingenza che i soggetti che accompagnano i bambini alla visita pediatrica cambiano col passare dei mesi e la conseguente crescita del piccolo e abbiamo confrontato la qualità della relazione genitore-bambino osservata dal pediatra durante la visita nelle varie fasce di età.

Interessante è stato anche mettere a confronto, dopo averle raggruppate,

le risposte di madre e padre agli *item* sullo stato emotivo-psicologico del genitore per vedere le differenze esistenti e controllarne la significatività grazie al test di McNemar.

Nell'analisi di dati aggregati è stato fatto anche un bilancio della percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino raggiunte dai bambini esaminati nelle varie fasce di età previste dal bilancio di salute in età pediatrica.

In ultimo, sulla base dei dati a disposizione, sono stati creati dei parametri di allerta per permettere al pediatra, che somministra il questionario nel bilancio di salute in età pediatrica, di discriminare i bambini e le rispettive famiglie potenzialmente “a rischio” da quelli non problematici e valutare di consigliare ai primi di fare una visita specialistica con uno psicoterapeuta nei casi con disturbi relazionali, neuropsichiatrica in quelli più complessi.

## 5. Risultati

Il lavoro è stato strutturato in diverse fasi: un'iniziale analisi delle statistiche descrittive di ogni singolo *item* del questionario per ogni fascia di età considerata; un'analisi dei dati aggregati, che ha permesso di ottenere un confronto più ampio fra le risposte al questionario di madre e padre separatamente nelle varie tappe di età e di madre e padre insieme in modo più generale; la valutazione dell'andamento della qualità della relazione genitore-bambino osservata dal pediatra durante la visita nelle varie fasce mensili considerate, appurando i cambiamenti dei bambini durante la crescita.

Abbiamo, infine, potuto prendere in considerazione la percentuale media di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino raggiunte nelle varie tappe di età per poter designare dei parametri di allerta per la salute psicologico-relazionale sulla base del punteggio ottenuto.

### 5.1. Risultati: analisi descrittive

Nelle analisi descrittive abbiamo notato che in media i bambini di 1 mese raggiungevano il 91.7% delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste per l'età, a 3 mesi ne raggiungevano il 97.8%, a 6 mesi il 97.2%, a 9 e 12 mesi il 100%, a 18-24 mesi l'84% e a 36 mesi il 92.3% (tab. 1).

Tab. 1– Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a nelle varie fasce d'età esaminate (tra parentesi le percentuali medie)

<b>1 MESE (M = 91,7%)</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale Cumulativa</b>
2,00	1	3,3	3,3
3,00	1	3,3	6,7
4,00	3	10,0	16,7
5,00	2	6,7	23,3
6,00	23	76,7	100,0
Totale	30	100,0	
<b>3 MESI (M = 97,8%)</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale Cumulativa</b>
4,00	1	3,3	3,3
5,00	2	6,7	10,0
6,00	27	90,0	100,0
Totale	30	100,0	
<b>6 MESI (M = 97,2%)</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale Cumulativa</b>
3,00	1	3,3	3,3
5,00	2	6,7	10,0
6,00	27	90,0	100,0
Totale	30	100,0	
<b>9 MESI (M = 100%)</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale Cumulativa</b>
5,00	23	100,0	100,0
<b>12 MESI (M = 100%)</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale Cumulativa</b>
4,00	23	100,0	100,0
<b>18-24 MESI (= 84%)</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale Cumulativa</b>
3,00	1	5,9	5,9
6,00	1	5,9	11,8
7,00	3	17,6	29,4
8,00	10	58,8	88,2
9,00	2	11,8	100,0
Totale	17	100,0	
<b>36 MESI (M = 92,3%)</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Percentuale Cumulativa</b>
5,00	1	4,8	4,8
7,00	10	47,6	52,4
8,00	10	47,6	100,0
Totale	21	100,0	

## 5.2. Risultati: analisi dati aggregati

Nei risultati delle analisi dei dati aggregati, per quanto riguarda la macro-categoria “stato emotivo-psicologico del genitore” e in particolare il confronto delle risposte singole di madre e padre con il passare dei mesi, è risultato essere significativo solo il sonno del padre dato che  $X^2(6, N=166) = 23.9, p=0.001$  e quindi il sonno del padre ha avuto una ricorrenza differente nelle varie tappe di età considerate: in particolare, abbiamo visto che l’alterazione del sonno del padre era più presente quando il figlio/a aveva 1 mese e poi tendeva a calare con la sua crescita.

Nel confronto delle risposte unite di madre e padre, invece, sono risultati essere significativi i valori dell’umore, dato che nel Test di McNemar il *P value* era uguale a 0.004 e quindi minore di 0.05, del sonno, dato che nel Test di McNemar il *P value* era minore di 0.001 e quindi minore di 0.05 e dell’alimentazione, dato che nel Test di McNemar il *P value* era uguale a 0.004 e quindi minore di 0.05. C’è stata, quindi, una differenza nella modificazione del tono dell’umore della madre rispetto al padre quando il bambino aveva un’età compresa fra 1 mese e 12 mesi: abbiamo visto che ci sono più madri con un tono dell’umore alterato e padri senza umore alterato rispetto al contrario.

C’era, inoltre, una differenza nella modificazione del sonno della madre rispetto alla modificazione del sonno del padre quando il bambino aveva un’età compresa fra 1 mese e 36 mesi: c’erano più madri con un sonno alterato e padri senza sonno alterato rispetto al contrario.

Abbiamo anche registrato una differenza nella modificazione dell’alimentazione della madre rispetto al padre quando il bambino aveva un’età compresa fra 1 mese e 12 mesi: c’erano più madri con un’alimentazione alterata e padri senza alimentazione alterata rispetto al contrario.

Per quanto riguarda, invece, la macro-categoria “qualità della relazione genitore-bambino osservata dal pediatra durante la visita” è risultato essere significativo solo l’*item* che confronta come cambia chi accompagna il bambino alla visita con il passare dei mesi. Complessivamente, dato che  $X^2(18, N=173)=69.2, p=0.00$  abbiamo potuto notare che la frequenza e la corrispondente percentuale di bambini che venivano accompagnati solo dalla mamma andava a crescere con l’aumentare dell’età del bambino mentre la frequenza e la corrispondente percentuale di bambini che venivano accompagnati da papà e mamma insieme andava a diminuire con l’aumentare dell’età del bambino; in particolare, quando il/la bambino/a aveva 1 mese veniva maggiormente accompagnato da entrambi i genitori, poi, dai 3 mesi in su, era principalmente solo la mamma ad accompagnare il/la bambino/a alla visita.

Infine, per quanto riguarda la macro-categoria “manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino” abbiamo visto che il confronto fra le varie tappe delle percentuali di capacità raggiunte è risultato essere significativo dato che  $H(6) = 61.1, p = 0.00$  e quindi possiamo dire che c’era una differenza sostanziale nelle posizioni medie aggregate delle percentuali di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal bambino/a nelle varie tappe di età considerate. In particolare, a 18-24 mesi c’era la minor percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal bambino/a.

### 5.3. Risultati: parametri di allerta

Per i parametri di allerta (Livello 1: il pediatra rivaluta gli aspetti psicologici e relazionali al successivo Bilancio di Salute; Livello 2: è necessaria una consulenza psicologica/psicoterapeutica o neuropsichiatrica) abbiamo valutato e preso come regola di considerare nella norma il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal 95% o più dei bambini/e considerati/e, mentre sono stati etichettati “a rischio” i bambini/e che raggiungevano il 5% o meno delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda.

A 1 mese è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 4, a 3 mesi minore di 5, a 6 mesi minore di 5, a 9 mesi minore di 5, a 12 mesi minore di 4, a 18-24 mesi minore di 6, a 36 mesi minore di 7.

Riteniamo che sarà più precisa una valutazione di questi due parametri di allerta quando andremo a studiare tutta la fascia d’età pediatrica (fino ai 14 anni).

## 6. Discussione

Il nostro lavoro ha mostrato che nella categoria “stato emotivo-psicologico del genitore” è risultato esserci una differenza significativa per tono dell’umore, sonno e alimentazione fra madre e padre: in particolare, la madre aveva sempre una prestazione peggiore del padre. Questo dato è in linea con le nostre ipotesi in quanto gli indicatori di possibile depressione che la scheda rileva si collegano a quello che suggerisce la letteratura sulla depressione perinatale che è da sempre considerata una problematica molto frequente in numerose donne nel *post-partum*. In particolare, i disturbi depressivi e ansiosi, già a partire dalla gravidanza, sono associati a minori capacità di *co-*

ping, a rappresentazioni materne negative e alla percezione di una scarsa efficacia nel ruolo materno (Bernard *et al.*, 2018; MacMillan *et al.*, 2020; Nath *et al.*, 2019; Tambelli, 2017).

Inoltre, sempre in linea con le nostre ipotesi, abbiamo visto che l'alterazione del sonno del padre cambiava con il passare del tempo in modo significativo: era più accentuata quando il bambino aveva 1 mese e tendeva a diminuire con la sua crescita. Le migliori prestazioni della madre con il passare del tempo, invece, non sono risultate significative e questo potrebbe spiegare in linea generale il maggiore impegno fisico ed emotivo che la madre ripone nella relazione con il figlio.

Poi, nella categoria "qualità della relazione genitore-bambino osservata dal pediatra durante la visita" è risultato esserci una differenza significativa nell'accompagnamento del bambino alla visita con il passare dei mesi. In particolare, la percentuale di bambini accompagnati solo dalla madre alla visita pediatrica andava a crescere con il passare dei mesi in linea con le nostre ipotesi, mentre la percentuale di bambini accompagnati da madre e padre insieme andava a diminuire con il passare dei mesi.

La relazione genitore-bambino, poi, risultava essere ben adattata o sufficientemente buona nella maggior parte dei casi in tutte le fasce di età considerate. Anche questo dato è in linea con le nostre ipotesi in quanto essendo il nostro campione una popolazione non clinica ci aspettavamo una prevalenza di stile di attaccamento sicuro e di conseguenza una relazione ben adattata.

Infine, nella categoria "manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino" è risultato esserci una differenza significativa nelle capacità raggiunte dai bambini nelle varie tappe di età considerate; in particolare, quasi tutte le abilità sono state acquisite nelle varie fasce di età, mentre a 18-24 mesi c'è stata la minor percentuale di capacità raggiunte dal bambino: questo ultimo dato non è in linea con le nostre ipotesi iniziali e può essere spiegato con il fatto che la fascia d'età considerata (18-24 mesi) è molto ampia e quindi il pediatra potrebbe non sentirsi di segnare una certa abilità quando il bambino ha 18 mesi che poi potrebbe essere raggiunta a 24 mesi, e con il fatto che questa è la fascia di età con il minor numero di partecipanti.

Dunque, possiamo dire che, in generale, gli obiettivi della ricerca sono stati raggiunti e le ipotesi parzialmente confermate.

Gli *item* delle varie Schede Psico-Relazionali relative alle manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a create in questo progetto, valutano aspetti diversi nelle varie tappe di età considerate in quanto, a seconda della fase di crescita, il bambino esprimerà la problematica in aree specifiche, aree che lo stesso Daniel Stern ha definito finestre cliniche sull'interazione genitore-bambino e che consentono il rilevamento delle difficoltà nelle prime fasi della crescita (cfr. Tambelli, 2017).



I dati rilevati dal pediatra dovrebbero permettere di indicare dove inviare il bambino e i genitori ai vari livelli e questo dovrebbe consentire prossimamente di creare delle reti sul territorio che permettano di fare una differenziazione su più piani. Ciò che differenzia allora la scheda che è stata proposta dalle altre già esistenti è proprio l'aspetto relazionale e questo può essere un modo per implementare le schede attuali. Quella creata non è una scheda per il neuro-sviluppo: fra di esse, ce ne sono varie che includono la rilevazione dei dati del primo livello (bambino), qui si sono voluti integrare anche gli altri due livelli (genitori e relazione) nelle schede che già esistono per riuscire a fare prevenzione anche con questo tipo di disagio dal momento che, come ci suggerisce la letteratura, la relazione *caregiver*-bambino risulta essere un elemento decisivo per lo sviluppo di quest'ultimo. Si tratta, comunque, di uno studio pilota per capire l'applicabilità della scheda che sarà veramente validata solo se correlata con strumenti standardizzati.

## 7. Limiti dello studio

La ricerca ha anche alcuni limiti: al momento è stato possibile fare solo uno studio trasversale su ogni fascia di età e tra fasce di età da 1 a 36 mesi, c'era una bassa numerosità del campione di bambini e genitori considerati, pochi pediatri hanno preso parte al progetto, sono stati creati solo 2 livelli di valutazione per quanto riguarda i parametri di allerta, è stata considerata solo la fascia di età 0-36 mesi e non è stata trovata la validità concorrente della scheda. Comunque, grazie alla ricerca, per la prima volta si è cercato di introdurre ai pediatri uno strumento che cogliesse i segnali precoci di psicopatologia per provarne l'utilizzabilità e creare una collaborazione con professionisti della salute mentale.

In futuro sarebbe, dunque, interessante fare anche uno studio longitudinale per vedere come gli stessi soggetti cambino nel tempo a distanza di mesi e/o anni con un numero consistente di bambini e genitori valutati e coinvolgendo almeno un pediatra per regione. Sarebbe utile istituire dei *cut-off* per distinguere i diversi livelli di gravità, avere schede che valutino tutta la fascia di età 0-14 anni e fare ulteriori revisioni alla scheda esistente per renderla sempre più semplice, intuitiva e veloce da somministrare per i pediatri. Inoltre, la scheda dovrà essere ulteriormente valutata mettendola in relazione ad altri strumenti standardizzati che ci possano far capire la validità concorrente di questo strumento.

In questo articolo si sono riportati i dati relativi il periodo 0-36 mesi, ma l'obiettivo futuro del nostro gruppo di ricerca è di valutare tutta l'età pediatrica 0-14 anni.

## 8. Conclusioni e prospettive future

Questa ricerca ha permesso di introdurre una scheda per i pediatri da utilizzare nei bilanci di salute in età pediatrica che valutasse lo sviluppo psicologico del bambino, dei genitori e quello relazionale genitori-bambino nella fascia d'età 0-36 mesi. Questo ha anche permesso la rilevazione precoce, tramite l'introduzione di alcuni parametri di allerta, di difficoltà a specialisti del settore psicologico/neuropsichiatrico.

Lo strumento che abbiamo creato può essere utilizzato dal pediatra di famiglia nei vari appuntamenti di bilancio della salute e permette loro di avere degli elementi a disposizione per poter dire che in un certo momento la salute pediatrica procede in un determinato modo ma potrebbero esserci dei predittori di difficoltà sia di tipo relazionale, sia individuale. Ciò a cui come gruppo di lavoro si è tenuto tanto è stato proprio sottolineare l'importanza di valutare il benessere psichico/relazionale sin da subito e non solo quello fisico/organico, come già avviene. Le domande, dunque, all'interno della scheda che si è proposta, sono domande non solo centrate sulla salute del bambino, ma anche su quella del genitore e sulla salute della relazione primaria e che permettono di fare prevenzione con questo tipo di disagio. Dallo psicoterapeuta arrivano, infatti, solo famiglie, bambini e adolescenti quando hanno una percezione tarda del bisogno, rispetto a quanto un pediatra, grazie alla sua esperienza, possa osservare precocemente durante le visite di *routine*.

Un'eventuale validazione futura di questa Scheda potrebbe influenzare le pratiche cliniche pediatriche; sarebbe anche interessante poter creare delle linee guida che mettano sullo stesso piano clinico e di significati l'intervento/visita pediatrica con un possibile intervento psicoterapico relazionale sulla triade madre/padre/bambino.

A nostro parere la Scheda proposta consentirà di rilevare tempestivamente i segnali predittivi di psicopatologie infantili e relazionali dando la possibilità ai pediatri di differenziare i livelli di gravità delle difficoltà emergenti, indirizzando i pazienti verso le appropriate figure professionali, migliorando l'efficacia dei Bilanci di Salute, integrando la valutazione relazionale con quella fisica e psicologica.

**Pier Luigi Righetti:** Psicologo psicoterapeuta, responsabile del Servizio di Psicologia del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda ULSS 3 Serenissima, Veneto. Presidente della Società Italiana di Psicoterapia della Gestalt.

**Ilaria Generali:** Psicologa, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Padova.

**Margherita Spagnuolo Lobb:** Psicologa psicoterapeuta. Direttore della Scuola di Specializzazione dell'Istituto di Gestalt HCC Italy. Presidente Onorario della Società Italiana Psicoterapia Gestalt (SIPG).

**Andrea Righetti:** Pediatra di famiglia. Venezia. Membro della Società Italiana di Pediatria.

**Vincenzo Calvo:** Psicologo psicoterapeuta. Professore di Psicodinamica delle relazioni familiari, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Padova.

**Carmela Bravaccio:** Neuropsichiatra Infantile. Professore di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università Federico II di Napoli. Membro del Consiglio di Amministrazione e Vicepresidente della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile.

**Pietro Ferrara:** Pediatra. Professore di Pediatria Generale e Specialistica, Università Campus Bio-Medico di Roma. Membro della Società Italiana di Pediatria.

## BIBLIOGRAFIA

- Bernard K., Nissim G., Vaccaro S., Harris J.L., Lindhiem O. (2018). Association Between Maternal Depression and Maternal Sensitivity from Birth to 12 Months: A Meta-analysis. *Attachment and Human Development*, 20, 6: 578-599. DOI: 10.1080/14616734.2018.1430839
- Binda V., Figueroa-Leigh F., Olhaberry M. (2019a). Antenatal and Postnatal Depressive Symptoms: Association with Quality of Mother-infant Interaction. *Infant Behavior and Development*, 57. DOI: 10.1016/j.infbeh.2019.101386
- Binda V., Figueroa-Leigh F., Olhaberry M., (2019b). Baja Calidad de Interacción Madre-hijo/a en Lactantes en Riesgo Psicosocial se Asocia con Riesgo de Retraso del Desarrollo. *Revista Chilena de Pediatría*, 90, 3: 260-266. DOI: 10.32641/rchped.v90i3.782
- Bornstein M.H., Putnick D.L. (2021). Dyadic Development in the Family: Stability in Mother-child Relationship Quality from Infancy to Adolescence. *Journal of Family Psychology*, 35, 4: 445-456. DOI: 10.1037/fam0000794
- Bowlby J. (1951). *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*. Siena: Giunti-Barbera.
- Bowlby J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Brumariu L.E. (2015). Parent-Child Attachment and Emotion Regulation: Parent-Child Attachment and Emotion Regulation. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 148: 31-45. DOI: 10.1002/cad.20098
- Conroy S., Pariante C.M., Marks M.N., Davies H.A., Farrelly S., Schacht R., Moran P. (2012). Maternal Psychopathology and Infant Development at 18 Months: The Impact of Maternal Personality Disorder and Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1: 51-61. DOI: 10.1016/j.jaac.2011.10.007
- Cooke J.E., Kochendorfer L.B., Stuart-Parrigon K.L., Koehn A.J., Kerns K.A. (2019). Parent-child Attachment and Children's Experience and Regulation of Emotion: A Meta-analytic Review. *Emotion*, 19, 6: 1103-1126. DOI: 10.37/emo0000504
- Eira Nunes C., Roten Y., El Ghaziri N., Favez N., Darwiche J. (2021). Co-parenting Programs: A Systematic Review and META-ANALYSIS. *Family Relations*, 70, 3: 759-776. DOI: 10.1111/fare.12438.
- Farkas C., Álvarez C., Cuellar M. del P., Avello E., Gómez D.M., Pereira P. (2020). Mother's

- Competence Profiles and Their Relation to Language and Socioemotional Development in Chilean Children at 12 and 30 Months. *Infant Behavior and Development*, 59: 101443. DOI: 10.16/j.infbeh.2020.101443
- Favez N., Frascarolo F., Carneiro C., Montfort V., Corboz-Warnery A., Fivaz-Depeursinge E. (2006). The Development of the Family Alliance from Pregnancy to Toddlerhood and Children Outcomes at 18 Months. *Infant and Child Development*, 15, 1: 59-73. DOI: 10.1002/icd.430
- Favez N., Tissot H., Frascarolo F. (2021). Shared Parental Care in the First 18 Months as a Context for Sensitivity and Coparenting. *Journal of Family Studies*, 27, 2: 215-230. DOI: 10.1080/13229400.2018.1527711
- Kaitz M., Maytal H.R., Devor N., Bergman L., Mankuta D. (2010) Maternal Anxiety, Mother-Infant Interactions, and Infants' Response to Challenge. *Infant Behavior and Development*, 33, 2: 136-148. DOI: 10.1016/j.infbeh.2009.12.003
- Leech K., Salo V., Rowe M., Cabrera N. (2013). Father Input and Child Vocabulary Development: The Importance of Who Questions and Clarification Requests. *Seminars in Speech and Language*, 34, 04: 249-259. DOI: 10.1055/s-003-1353445
- MacMillan K.K., Lewis A.J., Watson S.J., Galbally M. (2020). Maternal Depression and the Emotional Availability of Mothers at Six Months Postpartum: Findings from the Mercy Pregnancy and Emotional Wellbeing Study (MPEWS) Pregnancy Cohort. *Journal of Affective Disorders*, 266: 678-685. DOI:10.1016/j.jad.2020.01.109
- Mazzoni A., Lubrano L., Di Benedetto R., Criscuolo M., Mangano C. (2015). Le coalizioni genitoriali: Lo stile interattivo del bambino a fronte degli stili cogenitoriali. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 1: 79-100. DOI: 10.1449/79740
- Nath S., Pearson R.M., Moran P., Pawlby S., Molyneux E., Challacombe F.L., Howard L.M. (2019). The Association Between Prenatal Maternal Anxiety Disorders and Postpartum Perceived and Observed Mother-Infant Relationship Quality. *Journal of Anxiety Disorders*, 68: 102-148. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102148
- Rocha N.A.C.F., dos Santos S.F.P., dos Santos M.M., Dusing S.C. (2020). Impact of Mother-Infant Interaction on Development During the First Year of Life: A Systematic Review. *Journal of Child Health Care*, 24, 3: 365-385. DOI: 10.1177/1367493519864742
- Simonelli A., Bighin A. (2012). Il Lausanne Trilogue Playprenatale: Aspetti metodologici della valutazione delle competenze co-genitoriali. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 3: 531-556. DOI: 10.1449/38838
- Simonelli A., Fava Vizziello G., Petech E., Bettega V. (2008). Relazione di coppia, ruolo paterno e genitorialità. Esistono fattori predittivi della qualità dell'interazione triadica madre-padre-bambino? *Psicologia sociale*, 3: 447-472. DOI: 10.1482/28382
- Smith-Nielsen J., Tharner A., Steele H., Cordes K., Mehlhase H., Vaever M.S. (2016). Postpartum Depression and Infant-mother Attachment Security at One Year: The Impact of Co-morbid Maternal Personality Disorders. *Infant Behavior and Development*, 44: 148-158. DOI: 10.1016/j.infbeh.2016.06.002
- Stern, D.N. (1995). *The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Tambelli R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: il Mulino.
- Tronick E., Als H., Adamson L., Wise S., Brazelton T.B. (1978). The Infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1: 1-13. DOI: 10.1016/s0002-7138(09)62273-1
- Zeegers M.A.J., Colonnese C., Stam, G.J.J.M., Meins E. (2017). Mind Matters: A meta-analysis on Parental Mentalization and Sensitivity as Predictors of Infant-parent Attachment. *Psychological Bulletin*, 143, 12: 1245-1272. DOI: 10.1037/bul0000114

**1° MESE**  
**SCHEMA PSICO-RELAZIONALE**

Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X

**1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a**

- il bambino/a piange?		SI	NO
- il bambino/a sorride?		SI	NO
- il bambino/a ha dei movimenti del corpo fluidi su entrambi i lati?	SI	NO	NO
- il bambino/a vocalizza?		SI	NO
- il bambino/a porta gli oggetti alla bocca?	SI	NO	NO
- il bambino/a si gira verso rumori improvvisi?		SI	NO
- Altro .....			

**2) Stato emotivo-psicologico del genitore**

- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino?		SI	NO
- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino?		SI	NO
- la madre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino?		SI	NO
- il padre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino?		SI	NO
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino?		SI	NO
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino?		SI	NO
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?		SI	NO
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?		SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?		SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?		SI	NO
- Altro .....			

**3) Qualità della Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita**

- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		<input type="checkbox"/>
- Relazione tesa o ansiosa		<input type="checkbox"/>
- Relazione compromessa o disturbata		<input type="checkbox"/>
- Relazione disorganizzata o pericolosa		<input type="checkbox"/>
- Altro .....		

**3° MESE**  
**SCHEMA PSICO-RELAZIONALE**

Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X

**1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a**

- il bambino/a piange?		SI	NO
- il bambino/a sorride?		SI	NO
- il bambino/a ha dei movimenti del corpo fluidi su entrambi i lati?		SI	NO
- il bambino/a vocalizza?		SI	NO
- il bambino/a segue con lo sguardo chi parla?		SI	NO
- il bambino/a si consola facilmente?		SI	NO
- Altro .....			

**2) Stato emotivo-psicologico del genitore**

- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?		SI	NO
- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?		SI	NO
- la madre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?		SI	NO
- il padre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?		SI	NO
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?		SI	NO
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?		SI	NO
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?		SI	NO
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?		SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?		SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?		SI	NO
- Altro .....			

**3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita**

- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		<input type="checkbox"/>
- Relazione tesa o ansiosa		<input type="checkbox"/>
- Relazione compromessa o disturbata		<input type="checkbox"/>
- Relazione disorganizzata o pericolosa		<input type="checkbox"/>
- Altro .....		

6° MESE		
SCHEDA PSICO-RELAZIONALE		
Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X		
<b>1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a</b>		
- il bambino/a piange?	SI	NO
- il bambino/a sorride?	SI	NO
- il bambino/a ha dei movimenti del corpo fluidi su entrambi i lati?	SI	NO
- il bambino/a comunica con le vocalizzazioni?	SI	NO
- il bambino/a porta le mani verso gli oggetti?	SI	NO
- il bambino/a pone attenzione verso gli stimoli esterni?	SI	NO
- Altro .....		
<b>2) Stato emotivo-psicologico del genitore</b>		
- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane?	SI	NO
- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane?	SI	NO
- la madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?	SI	NO
- il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?	SI	NO
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?	SI	NO
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?	SI	NO
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- Altro .....		
<b>3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita</b>		
- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		<input type="checkbox"/>
- Relazione tesa o ansiosa		<input type="checkbox"/>
- Relazione compromessa o disturbata		<input type="checkbox"/>
- Relazione disorganizzata o pericolosa		<input type="checkbox"/>
- Altro .....		

9° MESE		
SCHEDA PSICO-RELAZIONALE		
Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X		
<b>1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a</b>		
- il bambino/a sta seduto da solo?	SI	NO
- il bambino/a afferra gli oggetti?	SI	NO
- il bambino/a produce delle lallazioni (es. "la-la", "da-da")?	SI	NO
- il bambino/a è interessato alle persone?	SI	NO
- il bambino/a risponde al gioco (es. "cucù")?	SI	NO
- Altro .....		
<b>2) Stato emotivo-psicologico del genitore</b>		
- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?	SI	NO
- il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?	SI	NO
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?	SI	NO
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?	SI	NO
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- Altro .....		
<b>3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita</b>		
- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		<input type="checkbox"/>
- Relazione tesa o ansiosa		<input type="checkbox"/>
- Relazione compromessa o disturbata		<input type="checkbox"/>
- Relazione disorganizzata o pericolosa		<input type="checkbox"/>
- Altro .....		

12° MESE		
SCHEDA PSICO-RELAZIONALE		
Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X		
<b>1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a</b>		
- il bambino/a gattona?	SI	NO
- il bambino/a cammina se aiutato?	SI	NO
- il bambino/a esegue movimenti anticipatori delle braccia (es. "butta le braccia")	SI	NO
- il bambino/a risponde se chiamato con il suo nome?	SI	NO
- Altro .....		
<b>2) Stato emotivo-psicologico del genitore</b>		
- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- Altro .....		
<b>3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita</b>		
- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		[ ]
- Relazione tesa o ansiosa		[ ]
- Relazione compromessa o disturbata		[ ]
- Relazione disorganizzata o pericolosa		[ ]
- Altro .....		

18° - 24° MESE		
SCHEDA PSICO-RELAZIONALE		
Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X		
<b>1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a</b>		
- il bambino/a è socievole?	SI	NO
- il bambino/a gioca da solo/a?	SI	NO
- il bambino/a gioca con i coetanei?	SI	NO
- il bambino/a parla in modo intenzionale (indica gli oggetti)?	SI	NO
- il bambino/a cammina?	SI	NO
- il bambino/a nomina gli oggetti?	SI	NO
- il bambino/a ha lo sguardo nel vuoto?	SI	NO
- il bambino/a va in crisi se si sposta qualcosa (oggetti) vicino a lui?	SI	NO
- il bambino/a piange o si agita quando la mamma si allontana?	SI	NO
- Altro .....		
<b>2) Stato emotivo-psicologico del genitore</b>		
- la madre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre ha difficoltà nella gestione del figlio/a nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre ha difficoltà nella gestione del figlio/a nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- Altro .....		
<b>3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita</b>		
- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		[ ]
- Relazione tesa o ansiosa		[ ]
- Relazione compromessa o disturbata		[ ]
- Relazione disorganizzata o pericolosa		[ ]
- Altro .....		

36° MESE		
SCHEDA PSICO-RELAZIONALE		
Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X		
<b>1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a</b>		
- il bambino/a è socievole?	SI	NO
- il bambino/a gioca da solo/a?	SI	NO
- il bambino/a gioca con i coetanei rispettandone i turni?	SI	NO
- il bambino/a parla in modo intenzionale (usando almeno 3 parole)?	SI	NO
- il bambino/a scende e sale le scale da solo?	SI	NO
- il bambino/a nomina gli oggetti?	SI	NO
- il bambino/a è interessato se gli si legge una storia?	SI	NO
- il bambino/a piange o si agita quando la mamma si allontana?	SI	NO
- Altro .....		
<b>2) Stato emotivo-psicologico del genitore</b>		
- la madre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre ha difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- il padre ha difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- Altro .....		
<b>3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita</b>		
- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		[ ]
- Relazione tesa o ansiosa		[ ]
- Relazione compromessa o disturbata		[ ]
- Relazione disorganizzata o pericolosa		[ ]
- Altro .....		



## STUDI E MODELLI APPLICATIVI

a cura di Federica La Pietra e Francesco Lotta

### *Scrivere per elaborare il lutto. Un contributo della psicoterapia della Gestalt\**

*Writing to Help Mourning Process*

*According to Gestalt Therapy*



Marilena Senatore \*\*

*[Ricevuto il 9 luglio 2024*

*Accettato per la stampa il 2 ottobre 2024]*

#### **Abstract**

This article is the result of an attempt to propose a reading of the role of writing in the mourning process. A brief theoretical introduction addresses the narrative approach in caregiving contexts, specifically during mourning. In Gestalt psychotherapy, the work of mourning involves bringing to life the relational legacy built with the lost person. It explores the experience of post-contact in a relationship, a moment of assimilation and growth. This process serves both as a map for orientation and a working tool for the therapist. Processing mourning means allowing the experience of loss to be shared, integrated into a relationship.

It is a gradual process that requires time and care, unfolding on multiple levels simultaneously: temporal, spatial, and relational. From a phenomenological perspective, telling one's story and the story of a lost person allows for a deeper engagement with life's experiences and its dramas, adding value to one's existence. This process gives voice to the patient's need to rediscover him or herself through a practical tool and a relational work model. The shared work aims not only to provide order and coherence but also to foster self-confidence. The clinical section of the article examines a model that offers the patient the strength needed not to become lost in the experience of mourning. Healing, therefore, begins when the past gives way to the present, and loneliness is replaced by the therapeutic relationship. The therapist becomes custodian of this path, intensifying and enriching the mourning process aesthetically: an experience in which absence and presence coexist.

*Keywords:* Narrative, creativity, grief, theory of self, reciprocity.

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

\*\* Istituto di Gestalt HCC Italy. Via S. Sebastiano 38, 96100 Siracusa. E-mail: [marilenasenatorepsy@gmail.com](mailto:marilenasenatorepsy@gmail.com)

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

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

DOI: 10.3280/qg2024-2oa18094

## Riassunto

Questo articolo propone una lettura in chiave gestaltica dell'ausilio della scrittura durante il processo di elaborazione del lutto, attraverso alcuni principi della psicoterapia della Gestalt (consapevolezza, sé, creatività). Il lavoro sul lutto in psicoterapia della Gestalt consiste nel consegnare alla vita i beni relazionali maturati con la persona perduta. La scrittura e il terapeuta diventano custodi di un processo che facilita il passaggio dal dolore alla bellezza, intensificando e valorizzando in termini estetici l'elaborazione del lutto, assenza e presenza al tempo stesso.

*Parole chiave:* Narrazione, creatività, elaborazione del lutto, teoria del sé, reciprocità.

## 1. Introduzione

*Dove? È la domanda della morte.  
Qual è il dove della morte?  
Lasciare depositare la notizia è un percorso lungo,  
che lo sappiano le ossa, gli organi,  
la pelle, gli strati di noi....  
Lo chiamano lutto.*

(Chandra Livia Candiani, 2018)

Raccontarsi attraverso la scrittura può essere concepito «come ritrovamento di sé, della propria energia e direzione, della propria intenzionalità di contatto» (Spagnuolo Lobb, 2008, p. 9), poiché essa richiede un impegno creativo, spesso faticoso, un viaggio tra l'organismo e l'ambiente in cui vive e trova, all'interno di una relazione terapeutica, la sua maggiore applicazione ed efficacia in termini di cura e di crescita.

L'orientamento verso cui volge questo lavoro consiste nel mettere in relazione la scrittura di sé e la consulenza terapeutica in situazioni di lutto. Non basta narrarsi e narrare: occorre svelare, ogni volta, la natura formativa (dare forma) della parola, che si mostra tale solo quando le persone, dai racconti e dalle storie, imparano qualcosa di più di sé, degli altri, del mondo. Affinché questo possa essere nutriente e non tecnicamente sterile, occorre alimentare tale processo all'interno di una relazione di cura che sia al tempo stesso fonte e destinatario.

Questo lavoro, in ultimo, nasce con l'intento di rivolgersi a tutti coloro che nell'ambito della psicoterapia sono chiamati ad essere *operatori di storie*.

## 2. Approccio narrativo in terapia della Gestalt: tempo e ritmo

L'approccio narrativo può essere un valido strumento in terapia e, nel modello qui proposto, permette di lavorare su almeno tre livelli che si intrecciano costantemente. Un utile spunto teorico su cui si poggia il mio lavoro terapeutico si avvale di quanto Spagnuolo Lobb recentemente precisa (2021, p. 32):

Per sostenere la vitalità dell'esperienza dello sfondo del paziente e ricreare con lui/lei una "danza di reciprocità", trovo molto utile modellare l'intervento terapeutico partendo da tre prospettive cliniche: 1. Lavorare sullo sfondo dell'esperienza; 2. lavorare con una prospettiva di campo usando la Conoscenza Relazionale Estetica; 3. spostare il "locus" clinico dal paradigma individualistico (l'esperienza del paziente) al paradigma della reciprocità (ciò che cura è la "danza" tra terapeuta e paziente).

Polster (1986, p. 36) valorizza l'approccio narrativo in psicoterapia: «Nel corso di molti anni di lavoro, mi sono reso conto che il punto culminante dell'esperienza delle persone riguarda i ricordi che riescono a recuperare della loro vita passata. Senza questi ricordi, questo vissuto, la vita diventerebbe uno stereotipo astratto; queste storie sono un modo di sostenere la realtà che continua». L'apporto dato dalla fenomenologia alla psicoterapia della Gestalt riconosce maggiore valore, più che alla ricostruzione storica in sé, alla declinazione che ne viene fatta nel tempo presente in cui il racconto si dipana. Il passato acquista senso e significato nella misura in cui viene rivisitato alla luce di un vissuto del qui e ora.

Il concetto di campo in psicoterapia della Gestalt è fenomenologico e relazionale: è l'accadere dell'esperienza stessa. Spagnuolo Lobb (2011), scrivendo dell'unitarietà del campo organismo/ambiente, afferma: «Individuo e gruppo sociale non sono entità a sé, ma parti di una stessa unità in reciproca interazione, per cui la tensione che può esistere tra di esse non è da ritenersi l'espressione di un insolubile conflitto, ma il necessario movimento all'interno di un campo che tende all'integrazione e alla crescita» (pp. 39-40). Il campo è il luogo dell'incontro, il confine dove le parti fanno un'esperienza di crescita reciproca. La valenza olistica di tale esperienza caratterizza il movimento delle parti ed il loro reciproco "nutrimento", lasciando spazio a ciò che avviene a livello fenomenologico al confine.

Il *focus*, dunque, si sposta da una visione individualistica ad un paradigma di reciprocità. Tra gli studi più recenti in ambito gestaltico qui si fa riferimento al concetto elaborato da Spagnuolo Lobb (2017) di Conoscenza Relazionale Estetica, definita come: «L'intelligenza sensoriale del campo fenomenologico

condiviso» (Spagnuolo Lobb, 2017, p. 27). Il ritmo del procedere, tra fascinazione e contenuti, tra dolore e bellezza, tra vita raccontata e vita vissuta, tra essere interessato ed essere interessante, tra “qui ed ora” e *now for next*, segna il tempo della scrittura. Il compito del terapeuta secondo la psicoterapia della Gestalt (cfr. Sampognaro, 2008; 2009) non è quello di scoprire e (di)spiegare verità, quanto quello di avviare un processo di costruzione di significati, di alimentare un sentimento di fascino e di stupore nello stesso paziente. L’esposizione e la scelta di una buona forma, l’uso dei tempi verbali, i dettagli arricchiti dagli aggettivi e lo stile personale scandiscono ritmo e tempi secondo una modalità che non è più solo soggettiva, ma iscrivibile all’interno di una relazione.

«Raccontare è (parafrasando Gadamer) allo stesso tempo “agire” il racconto e “farsi agire” da esso, è calarsi in un’esperienza totale, valida di per sé, non è semplicemente trasmettere un’esperienza, è *fare* una nuova esperienza» (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 118). Ciò è possibile solo se il paziente e il terapeuta mantengono viva la fiducia nell’autoregolazione organismica, la fiducia, cioè, che ogni figura possa prendere vita con le sue potenzialità e risorse. Prende così corpo una trama che è più della somma dei singoli eventi ricordati.

In un’ottica fenomenologica, non si tratta di rendere conscio ciò che è inconscio, quanto piuttosto di promuovere il processo «del raccontare al terapeuta come ritrovamento concreto di sé, della propria energia e direzione, della propria intenzionalità di contatto» (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 118). Erving Polster (1988) incoraggia all’ascolto appassionato e interessato del racconto del paziente, con lo scopo di aiutarlo a riappropriarsi del sapore dell’esistenza attraverso la storia narrata, a riannodare quelle fila che ridanno integrità e pienezza alla sua esperienza fino a condurlo alla consapevolezza che la sua vita “merita un romanzo”. Dove c’è interesse c’è energia e vitalità.

Se una fase importante del lavoro attraverso la scrittura è rappresentata da momenti rammemorativi, altrettanto fondamentale risulta la condivisione dei contenuti emersi, traducibile in *azione* sulla realtà esterna. Alla fase di ripiegamento su se stesso si affianca, infatti, un secondo movimento verso l’altro. Va ricordato che per la fenomenologia il soggetto non è passivo, ma agisce nella realtà, perciò, non si tratta soltanto di “sentire” quello che è importante, ma anche di *intenzionalità*. Scrivere di sé è un gesto intenzionale che descrive e decodifica, che cerca volontariamente nei “ripostigli” più segreti, alimenta la consapevolezza e quindi ci realizza umanamente<sup>1</sup>.

Il materiale introiettato del passato riemerge con consapevolezza dando

<sup>1</sup> Nel Libro X de *Le Confessioni* di Sant’Agostino ritroviamo il concetto di memoria sensoriale: l’idea è che i sensi siano i principali responsabili della formazione del pensiero.

la possibilità di essere “ri-digerito” e non solo rimuginato. L’attivazione della funzione *ad-gressiva* (cfr. Perls, 1995) dell’*andare-verso* permette di masti-care i contenuti emersi consentendo la funzione discriminativa, che prevede l’integrazione degli elementi nutritivi e l’espulsione delle parti non sentite come proprie. Il sostegno da offrire è dunque quello di uscire da un vissuto di passività, in quanto vittima di accadimenti storici. Nella riattualizzazione al tempo presente si recupera così la capacità di sperimentare forme alternative a quello sedimentato nella memoria.

Un altro aspetto che può arricchire questo lavoro nasce dalla considerazione della creatività della scrittura: «Raccontare è un atto creativo, in cui le scelte delle parole, della sintassi, dell’enfasi, ecc., diventano come la scelta del pennello, del materiale o del colore giusto per il pittore» (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 117). Quando rispondiamo, infatti, alla sofferenza mettendo in gioco le proprie facoltà creative portiamo una nuova linfa vitale alla nostra stessa vita, prendendone sul serio l’immediatezza e la spontaneità, senza ostacolare il libero fluire del proprio sentire. È un invito, dunque, a lavorare sulla «spontaneità, l’immaginazione, la serietà ardente e l’allegria, l’espressione diretta dei sentimenti» (Perls *et al.*, 1971, p.114), caratteristiche che permettono alla memoria di essere viva in rapporto con il presente. Più che come bisogno intrapsichico, la creatività si lega indissolubilmente all’intenzionalità di contatto implicita nel campo che ne determina il significato dei vissuti (cfr. Macaluso, 2018; Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021).

### 3. Dalla consapevolezza al contatto terapeutico

Il sostegno terapeutico punta alla conoscenza profonda delle modalità di fare contatto finora sviluppate dalla persona. «Compito del clinico non è giudicare la maturità dello sviluppo di una persona, ma come essa gestisce la complessità delle percezioni» (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 102).

Chi ascolta è chiamato ad un atteggiamento curioso e non intrusivo, valutativo o interpretativo. L’obiettivo non è quello di leggere tra le righe o di interpretare il testo, ma di osservare la scrittura per quello che è, con i suoi tempi e i suoi ritmi, come in una danza tra contenuto e modalità espressive. Un movimento che richiama il battito del cuore, un andare verso l’esterno ed un ritornare su sé stesso. La narrazione così intesa contiene la necessità di cogliere l’intenzionalità di contatto di chi scrive, l’immagine di sé che vuole far emergere e l’immagine che il terapeuta costruisce con il paziente.

Per avviare un processo di comprensione e cura è necessario che si incontrino il bisogno del narrante a dire e la disponibilità dell’ascoltatore a sostenere, sottolineare e punteggiare il discorso di colui che narra. In una relazione

di circolarità «io ti racconto la mia storia affinché tu me la racconti» (Cavarero, 1997, p. 85). In un gioco di figura e sfondo, lasciare il posto al processo relazionale di costruzione di significati pone sullo sfondo i contenuti della trama narrativa (cfr. Spagnuolo Lobb, 2021; Sampognaro, 2008).

#### 4. La scrittura nel processo del lutto secondo il modello della psicoterapia della Gestalt

La biografia di ogni persona è costellata da una miriade di perdite che ricordano continuamente la precarietà e la provvisorietà di ogni legame e di ogni realtà. «Molte di queste perdite passano inosservate nel tessuto dell'esistenza quotidiana, altre lasciano grandi solchi, le cui tracce permangono per tutta la vita» (Pangrazzi, 1991, p. 8). Di tutte le perdite, la morte è la più temuta.

In psicoterapia della Gestalt, il lavoro con il lutto<sup>2</sup> (cfr. Vázquez Bandín, 1997; 2011; 2012; 2021) guarda all'esperienza relazionale portata a termine ed in particolare all'esperienza di post-contatto (cfr. Perls *et al.*, 1971), un tempo “intimo” di assimilazione e quindi di crescita. Questo è per il terapeuta al tempo stesso la mappa di orientamento e lo strumento di lavoro.

Tutto ha un inizio e una fine: l'importanza del chiudere, del ritirarsi dal contatto è da rintracciare nella necessità di aprirsi con fiducia alla novità e nella possibilità di assimilare in sé l'esperienza fatta (cfr. Macaluso, 2023; Perls *et al.*, 1971).

Con la chiusura cambia lo sfondo dal quale si può ripartire per un nuovo contatto.

La constatazione che la persona amata non ci sarà più nella nostra vita fa saltare la linea del futuro (cfr. Vázquez Bandín, 2011) «La struttura del tempo si frantuma. Il tempo stesso è fisso e congelato in un'eterna presente mancanza di “possibilità significative”» (Vázquez Bandín, 2012, p. 339). Ciò che “normalmente” nel presente è *futuribile* (cioè qualcosa che adesso ipotizzo come possibile nel futuro, “magari un giorno faccio un viaggio”), con l'esperienza del lutto viene a mancare. La funzione io del sé<sup>3</sup> diventa manchevole, si perde momentaneamente la capacità di prendere decisioni. Questa normale “distorsione della memoria” si cronicizza in un lutto che non

<sup>2</sup> Con la parola lutto (dal latino *luctus*, derivazione del tema di *lugere*, “piangere”) si intende sia la reazione emozionale che si sperimenta quando perdiamo “per sempre” (Vázquez Bandín, 2012, p. 333) una persona significativa della nostra esistenza, sia il tempo che segue alla sua morte.

<sup>3</sup> Per un maggiore approfondimento delle funzioni del sé si veda Perls *et al.* (1971); Macaluso (2023, pp. 41-57).

viene elaborato. Una paziente mi raccontava per intere sedute del giorno in cui sua madre morì, sempre con lo stesso fiato sospeso, con voce fioca e ancora rotta dal pianto. Sembrava sotto *choc*, bloccata da un sortilegio. Quando finivamo col riflettere sul tempo trascorso, ormai cinque anni, assistevamo al tempo del lutto che si manifestava immobile, spettrale, lo stesso del lì e dell'allora. Il dolore sembrava non cambiare.

La persona in lutto spesso riscontra una difficoltà a concentrarsi, perde la capacità di progettualità e di assimilazione della novità. È costretta a fare i conti con l'elaborazione di una nuova identità (funzione personalità, "non sono più figlia", per esempio). Improvvisamente un noi (marito-moglie, madre-figlio, fratelli) diventa un io, le decisioni vanno prese da soli e non si trova una consolazione in un altro contesto comunitario.

«Si può lasciare andare una persona, non tanto perché ci liberiamo di lei o del suo ricordo, ma quando la si porta dentro. Quando si riesce a dare un senso alla perdita, riconoscendo i doni che la persona ci ha lasciato in "eredità"» (Varano, 2002, pp. 46-47).

Si potrebbe infatti dire che il viaggio di una persona che affronta il lutto è quello che la porta a passare dal vuoto al pieno, dall'assenza alla presenza. L'assimilazione della persona perduta permette di averla sempre con noi senza essere d'intralcio per le relazioni successive, permette di immaginarci ancora al mondo.

La scrittura nel processo di lutto, inoltre, appaga il bisogno di un rituale. Pensiamo ai "lutti sospesi" in periodo di Covid (cfr. Spagnuolo Lobb, Cavaleri, 2021; Vázquez Bandín, 2021), quando ci siamo ritrovati a salutare i nostri cari senza il contatto fisico né il *ground* sociale su cui appoggiarci; ogni organismo ha bisogno di chiudere, di portare a compimento l'esperienza avviata. Molti fattori influenzano un lavoro sul lutto ed il primo fra tutti è la modalità della perdita (morte improvvisa, morte annunciata o morte traumatica). Il modo di vivere il periodo successivo alla morte di una persona amata dipende, inoltre, da cosa pensiamo della perdita, da come viviamo le chiusure, da come viene percepita e da come è permessa la manifestazione del dolore davanti all'altro. Dipende anche da fattori legati al nostro ciclo vitale e a quello della famiglia, dalla nostra età e dall'età di chi ci lascia, dalla nostra storia di vita e dal sostegno che riceviamo dall'esterno.

Purtroppo, la cultura occidentale ha lasciato cadere molte tradizioni legate al lutto. Parlarne viene considerato una debolezza, un'autocommiserazione o una cattiva abitudine. I riti, invece, hanno la funzione di contenere e guidare il dolore e permettere l'elaborazione della separazione e ridefinire allo stesso tempo i rapporti con la persona scomparsa. L'occasione di scrivere per e alla persona defunta ha i requisiti per essere considerata un rituale di cor-doglio.

## 5. Lavoro clinico

Se è vero che siamo fatti per portare avanti i nostri *beni relazionali* (Cavaleri, 2007, p. 9), come si può sostenere un contatto interrotto inesorabilmente?

Spesso la morte viene percepita come una ferita che non si rimargina e continua a sanguinare. Sappiamo che in effetti continuerà ad essere, per certi versi, sempre così, che ci saranno fasi della vita futura, piacevoli o dolorose che siano, in cui la mancanza sarà presente. Ma l'obiettivo proposto è quello di occuparci di tale ferita, «dobbiamo medicarla con cura, cambiare fasciatura finché con il tempo e la nostra energia positiva possa diventare una cicatrice» (Varano, 2002, p. 84).

Il lavoro clinico che in questa sede descrivo riguarda sia persone che hanno richiesto una consulenza durante la quale sono emersi ricordi di perdite significative, sia persone che durante il loro percorso terapeutico hanno vissuto un'esperienza di lutto. Tale lavoro è il frutto di un'integrazione tra la mia formazione come consulente autobiografico<sup>4</sup> e quella di psicoterapeuta della Gestalt. Spesso suggerisco al paziente, con il quale si sia instaurata una sufficiente alleanza terapeutica, di provare a scrivere:

- per la persona perduta (epistolario/dialogo autobiografico);
- della persona perduta (biografia).

Regalo un taccuino dove raccogliere gli scritti, invito al tratto manuale della scrittura, anche se rimango accogliente alla richiesta (sempre più frequente) di scrivere sul telefono o su un personale diario digitale e lascio libero il paziente di leggere parti qualora senta il desiderio di condividerlo con me durante la seduta. Spesso è una pratica che propongo come compito per casa, ma in molti casi propongo di scrivere insieme, durante la seduta, o per continuare uno scritto già prodotto oppure per dare un *incipit* per un nuovo testo.

Vivere l'esperienza della scrittura e farla propria non è automatico e soprattutto non è una capacità sviluppata in modo analogo in tutte le persone. Compito del terapeuta sarà quello di individuare tempi e modalità specifiche del paziente, a partire da una categorizzazione dei processi di lutto e di un'accurata diagnosi differenziale<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> La consulenza autobiografica è un accompagnamento clinico (Klinè) nella e con la scrittura, nel tentativo generoso e coraggioso di offrire agli altri una possibilità di cura attraverso la scrittura di sé. Ho conseguito questo titolo presso la Libera Università dell'Autobiografia di Anghiari, diretta dal Prof. Duccio Demetrio.

<sup>5</sup> Per un maggiore approfondimento del lutto complicato o traumatico si veda Vázquez Bandín, 2021, p. 293; Solomon, 2022, pp. 59-78.



La scrittura proposta può essere definita un esperimento che mira al processo e non un puro esercizio interessato ad un obiettivo formale. Il paziente va rassicurato sulla libertà di espressione, specificando che si escluderà qualunque valutazione e/o giudizio sul prodotto finito.

Nello specifico la scrittura si occupa:

1. del ricordo della perdita avvenuta: il momento del decesso, il tempo immediatamente precedente e seguente, i riti successivi, la personalità della persona cara e il tipo di relazione maturata con essa;
2. di “trovare le parole giuste” per esprimere tutto ciò che si ricorda, e che si sente e si pensa adesso. Le parole “giuste” sono quelle che esteticamente (legate cioè al sentire) corrispondono al sentimento.

Le persone si rifugiano in parole ed espressioni usuali, introiettate, ancora non masticate, ma capaci fino ad oggi di dare contenimento al dolore.

«Era tutto per me», «Sarà per sempre così», «Doveva andare così». È importante in una prima fase accogliere questo stile. Il supporto del terapeuta si inserisce pienamente nella narrazione del paziente, arricchendola di stimoli e *feedback*. La priorità all’inizio è dunque, come suggerisce Vázquez Bandín (2012, p. 340), quella di lavorare sulla sincronizzazione della linea temporale.

Scrivere della morte serve a farla uscire da sé, a renderla visibile e comunicabile, a restituirle un aspetto collettivo e non solo personale. Narrare della persona defunta serve per celebrarla, per darle un ruolo nella nostra memoria, un ruolo però che non ci tenga ancorati a quella persona come una zavorra, ma ci permetta ancora di volare, di creare relazioni significative, di avere desideri e perseguirli. E ancora, attingere ai ricordi è di conforto ai pazienti, dà significato alla relazione interrotta, al loro amore e al loro dolore. Rievocare il nome della persona perduta, guardare foto e rintracciare momenti vissuti insieme aiuta le persone in lutto a descrivere ciò che era la loro vita prima di subire la perdita.

Il lavoro narrativo permette di attingere alla forza e al conforto che scaturiscono dal passato per potersi addentrare nel futuro, «E anche quando non è possibile cambiare la situazione “oggettiva”, come per esempio nel caso in cui muore una persona amata, vi sono delle reazioni regolative dell’organismo stesso, quali il pianto e il lutto, che ci aiutano a ristabilire l’equilibrio se soltanto noi permettiamo loro di farlo» (Perls *et al.*, 1971, p. 85). È importante per il terapeuta essere consapevole di questa intenzionalità del paziente: scoprire che anche in assenza di un destinatario, si scrive per quel qualcuno dal quale vorremmo essere letti.

Chi resta diventa il custode unico e prezioso della relazione vissuta e terminata ed in questo modo chi va via lascia un’impronta viva. Il lavoro di elaborazione del lutto consiste quindi nel lasciare che sia ancora possibile portare a qualcuno tale impronta, consegnarla ad un’altra relazione.

Un mio paziente trovava sollievo nello scrivere un *vademecum* “di sopravvivenza”, in cui appuntava tutto ciò che la moglie defunta gli aveva insegnato nelle faccende domestiche. «So fare molte cose grazie a lei e se le trascivo qua sento che i suoi sforzi non sono vani». È un processo (e non uno stato) non immediato, che richiede tempo e cura e che viaggia contemporaneamente su più livelli: quello del tempo, dello spazio e della relazione.

## 6. Concetto di creatività e vitalità

Secondo la psicoterapia della Gestalt la creatività (cfr. Zinker, 2002) non è una qualità cognitiva e intellettuale, quanto piuttosto un processo vitale in correlazione con le modalità di entrare in contatto di ogni persona. Secondo questa ottica, dunque, ognuno di noi è capace di mettere in atto un adattamento creativo, che lo rende unico ed in continua crescita. In particolare, «la scrittura è una forma avanzata, artistica, di adattamento creativo» (Sampognaro, 2008, p. 29) che si identifica, come abbiamo già visto, come una tensione verso il contatto.

Chi scrive, dunque, crea arte-fatti, canalizza nell'azione quell'energia, quell'eccitazione per la soddisfazione di un bisogno. Il culmine di questo processo non è tuttavia un reale contatto tra organismo e ambiente, ma un «meta-contatto: il contatto con il desiderio di un contatto» (Sampognaro, 2008, p. 29).

La scrittura nel lavoro sul lutto, in particolare, mette il paziente di fronte alla consapevolezza di questo meta-contatto.

Scrivono i nostri fondatori:

una persona amata muore; si verifica un conflitto triste, tra l'accettazione intellettuale da una parte e i desideri e i ricordi dall'altra; l'uomo medio cerca di distrarsi, ma l'uomo superiore obbedisce al segnale e si impegna nella sofferenza, evoca il passato, vede il suo presente frustrato senza speranza; non gli riesce proprio di immaginare cosa dovrebbe fare adesso che ha toccato il fondo; l'angoscia, la confusione e la sofferenza sono prolungate, poiché vi sono molte cose che vanno distrutte, annientate e in seguito assimilate [...] Infine, il lavoro del lutto è completo, la persona mutata e assume un disinteresse creativo (Perls *et al.*, 1997, pp. 168-169).

Nella costruzione di questi artefatti all'interno di una relazione terapeutica, la scrittura non è fine a se stessa. La figura del terapeuta sostiene la ricerca e il desiderio di un contatto con l'altro, è destinatario e sostegno al tempo stesso, ed il terapeuta non deve aver paura di incoraggiare un tale processo creativo. La scrittura chiama paziente e terapeuta a rischiare e ad osare in questo processo di co-costruzione (cfr. Spagnuolo Lobb, 2020; 2021). Il

terapeuta che si avvale della scrittura è tenuto a far suo questo concetto, a nutrirsi di parole e a rimanere costantemente con i sensi aperti al processo di scrittura. L'esperienza di lutto, per la sua carica emotiva ed esistenziale, può innescare un meccanismo di morbosità o, al contrario, di stereotipia e superficialità. Al terapeuta, responsabile dunque del processo narrativo, è richiesto uno specifico atteggiamento.

La tecnica, che rimane sullo sfondo senza finire per essere un tecnicismo, dà struttura e contezza del movimento che va prendendo forma. Per essere di sostegno, nella mia esperienza, incoraggio il paziente a ricordare e a raccontare dettagliatamente gli eventi che hanno portato alla perdita, le circostanze precedenti e quanto vissuto da quel giorno in poi. In sintesi, quanto finora esplicitato trova nella pratica clinica le seguenti indicazioni:

- la narrazione di chi è in lutto va in una prima fase totalmente accolta e si incoraggia la libera espressione del cordoglio. La scrittura che si può proporre è generalmente automatica, libera di far emergere dallo sfondo caotico, temi e fili narrativi, nelle modalità di narrarsi proprie della persona. È compito del terapeuta sostenere il paziente nella fase dell'eccitazione. Spesso chiedo di trovare insieme un *incipit* per la loro scrittura.
- Gli interventi del terapeuta si basano sull'osservazione fenomenologica e i contenuti vanno tenuti sullo sfondo (“Come sta dicendo tutto questo a me, qui e ora?”). Egli, inoltre, saggia il rapporto che c'è tra paziente e scrittura, e questo sarà tema di confronto, la base su cui impiantare i passi successivi della relazione. Al paziente viene rimandato dunque un feedback sullo stile, sul modo con cui scrive: “Sembra di avere davanti una fotografia” oppure “Vedo che scrivi di getto”, o ancora “Quando hai letto questo pezzo, cosa in particolare ti ha commosso?”.
- È importante non forzare il lavoro sul lutto, rispettarne tempi e modalità della persona e conoscere le fasi del processo di elaborazione del lutto<sup>6</sup>. Il paziente deve sentire che il terapeuta non è necessariamente un esperto di lutto o di letteratura, ma che è responsabile e compagno di quel determinato processo.

La scrittura nel lutto quindi come possibilità e a condizione che il processo elaborativo di ricostruzione esistenziale sia già in fase avanzata o comunque tale da permettere un sostegno nell'affrontare l'evento drammatico. Il terapeuta deve essere già per il paziente la terra sotto i piedi, affinché (parafrasando Pessoa) nella *matassa della trama* non si perda *srotolandosi in una sola moltitudine*. «Grazie alla propria risonanza nella situazione condi-

<sup>6</sup> Per un maggiore approfondimento delle fasi del lutto si veda Oliverio Ferraris (2000), Bowlby (1979), Kübler-Ross (1991), Vázquez Bandín (2011; 2012; 2021).

visa con il paziente, il terapeuta può cogliere ciò che non ha potuto svilupparsi, quella vitalità che il paziente ha dovuto mortificare per adattarsi creativamente in situazioni difficili» (Spagnuolo Lobb, 2021, p. 30).

L’osservazione di ciò che (nella fase di scrittura ed eventualmente di riletture) accade al nominare, cioè chiamare per nome quanto è accaduto e continua ad accadere, dà ricchezza nella costruzione della relazione terapeutica. Il linguaggio è oggetto di particolare attenzione, trovare le parole giuste, ascoltarle, masticarle e sentirle proprie. Senza dispensare analisi o verità, divulgare giudizi o consigli. Si entra nella storia senza invasioni o forzature. Il terapeuta può chiedere a questo punto di soffermarsi su uno stralcio, sull’unica parola scritta, sulla parola che lo ha fatto vibrare di più e si chiede di stare con il suono di quelle parole, di arricchirle, di usare tutti i sensi per esplorarla e tenerla con sé. I particolari sono importanti, non tanto da un punto di vista contenutistico, ma soprattutto per facilitare l’immersione tra le parole e l’ancoraggio con la realtà fenomenologica. È indiscusso, infatti, che i dettagli impreziosiscono un racconto, lo rendono “gustabile” anche dal lettore, che riesce a condividere e immaginare quanto raccontato. I dettagli sono espressione della potenza creativa di una storia, condensano un intero mondo in un singolo particolare. Essi danno coordinate, confini, danno nome alle cose, rievocano stati d’animo. Se da un lato riportano al passato, dall’altro lato ri-svegliano, aprono all’immaginazione. I dettagli trasmettono speranze, rimpianti, disperazione, angoscia, collera, fino ad arrivare a riesaminare azioni e reazioni che il paziente non ha messo in atto e che può (ancora) attuare con il terapeuta.

L’attenzione ai particolari deve essere sentita non come ridondante o ingombrante, ma presente ai sensi, in sintonia con il tono della lettura, incarnando (nel senso di dare spessore e carne a) idee ed emozioni. Il sostegno è qui in particolare alla *funzione es* del sé (cfr. Vázquez Bandín, 2012). Per chi ha perso una persona cara può essere utile non solo raccontare cosa abbia accompagnato la perdita, ma anche l’intera storia del rapporto, ciò che più dava soddisfazioni e quello che mancava, ciò che fu fatto e ciò che è rimasto incompiuto. L’emergere di ricordi positivi e delle emozioni a essi associate, come sottolineano anche terapie cognitive e l’EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, cfr. Solomon, 2022) offre un senso di *ritrovata connessione* con la persona amata (cfr. Neimeyer, 2006; 2015). È, infatti, utile al lavoro sulla funzione personalità (cfr. Vázquez Bandín, 2012): riesce difficile ri-considerare se stesso vedovo, orfano o un genitore senza il figlio. Il ruolo fino a quel momento ricoperto è in parte crollato e su questo aspetto il sé è costretto a adattarsi creativamente.

## 7. Esperienza clinica

### 7.1. L'inizio

I pazienti che arrivano in terapia sanno già quanto amano la persona perduta, ma scrivere rende più luminosa la loro relazione. Scrive G. (una paziente di 27 anni, con disturbo di attacchi di panico, che a metà dei nostri incontri di consulenza arriva al colloquio dopo la perdita di un caro amico) «*Non c'è più niente da fare*». Ciò che si sente subito dopo la morte è l'impotenza, la terra sotto i piedi è crollata e la sensazione è che non ci sia nulla da gestire, di cui occuparsi.

Il sostegno con questa giovane paziente, nella fase immediatamente successiva alla morte dell'amico, è stato quello di offrirle una presenza, uno sguardo e un corpo vibrante capace di respirarle accanto. La paziente aveva esordito in colloquio dicendo che il suo amico era morto, ma che non era riuscita né ad andare al funerale, né a sentire nessuno dei loro vecchi amici. Durante quel colloquio era rimasta in silenzio sentendosi sconfortata. Ho proposto allora di scrivere qualcosa su questo amico, di cui in seduta non aveva pronunciato nemmeno il nome: era un tutto indifferenziato con il suo dolore, non c'era spazio per altro. Durante la seduta successiva, G. non portò lo scritto, disse che avrebbe voluto parlare di quello che era successo, dallo scrivere in poi. La sua voce flebile era piena di forza e la discussione su quanto scritto consentì di avviare un intenso lavoro sull'aggressività e sulla paura della sua morte.

Spesso l'ansia è paralizzante e il paziente sente di dover fare qualcosa per la persona perduta e per chi è rimasto vicino nel momento del dolore, ma non sa bene cosa. Iniziare a scrivere diventa molto difficile, faticoso, richiede concentrazione e impegno. Ho provato a sostenere l'eccitazione calibrando, momento per momento, la possibilità di chiedere di scrivere.

Lo sbigottimento spesso aumenta, il paziente talvolta risponde che non serve più scrivere della e alla persona perduta. Fare sentire la nostra presenza nel qui ed ora della nostra relazione e che noi saremo i loro destinatari può risultare un incoraggiamento, senza però scivolare nell'imposizione. Queste sono fasi delicate, presentare il metodo della scrittura ed inserirlo nel "tra" della relazione terapeutica spesso è un rischio, ma aver imparato a considerare la scrittura come uno strumento per la costruzione della relazione terapeutica, anziché un'alternativa ad essa o un compito da svolgere diligentemente, mi ha sostenuto a non scoraggiarmi mai.

Le prime parole segneranno tutto l'intero processo creativo e di co-costruzione, sia nel caso in cui si riveli un banco di prova per il paziente che nel caso in cui sia un mezzo per mettere forma a quel silenzio che la perdita ha causato.

## 7.2. I dettagli

Scriveva un paziente rispetto alla sua “*perdita inconsolabile*” «*Mia madre era bellissima per me, scrivere di lei mi aiuta a rivederla, se ne è andata troppo presto e ricordo solo alcune cose del suo corpo*». Alla seduta successiva alla richiesta di scrivere della madre è arrivato addolorato, con emozioni vibranti e coinvolgenti. Ha letto tutto d’un fiato e gli ho riproposto una seconda lettura, articolando le parole e rispettando le pause. Il testo era pieno di immagini, momenti vissuti, con ritmo e intensità chiari per la prima volta anche a me. Alla sua tendenza a sfiorare, ad aprire infinite parentesi e scrivere senza un apparente senso logico, era sopraggiunto uno stile più intimo, commemorativo, digeribile. Aveva fatto un grande sforzo e questo era palpabile e nel leggere “*mamma*”, ascoltandosi, mi consegnò la sua parte più infantile e indifesa. Descrisse il braccio di sua madre, morbido e profumato, *fatto apposta per appoggiarvi e dormire*, con lo stampo del suo vaccino nel braccio sinistro, con “*gli orli come un tappo di bottiglia di birra*”. Fu il primo “*segno*” che si trovò a leggere e che “*voleva dire: tenerezza*”.

Proporre, infatti, di raccontare con curiosità cosa piaceva alla persona perduta, quali cibi, colori, fare un viaggio nei ricordi attraverso i sensi, riporta la persona a ricostruire la linea del tempo passato (cfr. Vázquez Bandín, 2012). La lettura di queste descrizioni regala al terapeuta occasioni preziose per l’osservazione fenomenologica del paziente e regala al paziente stesso la possibilità di far ricongiungere il passato con il qui ed ora. Spesso il cambiamento di stile o di parole usate, mette il paziente di fronte al fluire della relazione terapeutica e gli scritti non parlano più di quell’argomento, ma di un percorso portato avanti.

Mi sono accorta che in lui prevaleva il senso della vista, che i ricordi prevalenti erano visivi. Non mi importava di capirne il motivo o quale simbolica spiegazione poteva stare dietro questa evidente caratteristica linguistica. Gli proposi di provare a usare gli altri canali sensoriali per ripescare ricordi della madre e fu così sorpreso nel ricordarsi dell’odore della minestra che cucinava e del suono dei suoi orecchini. Lavorare sui suoi sensi ci permise, piano piano, di sintonizzarci su un linguaggio accessibile a tutti e due, che potesse dare nome alle emozioni emergenti nel qui ed ora della relazione.

Poter lavorare sul testo scritto, e consentire alla persona di rileggere ciò che ha prodotto, e di analizzare i diversi passaggi ma abbracciandoli in una visione d’insieme e sperimentare l’impatto emotivo delle parole e delle frasi lasciando scorrere lo sguardo sulla scrittura – il testo come gestalt significativa e omogenea – permette di raggiungere livelli di consapevolezza più profondi (Sampognaro, 2008, p. 60).

La persona, al confine di contatto, sembra così rivitalizzata. Accade che

il dettaglio ri-sveglia, punge<sup>7</sup>, solletica, «porta con sé un segreto che si rinnova» (Recalcati, 2022, p. 116). Sampognaro (2014, p. 216) ci ricorda che:

Noi come terapeuti per centrare l'obiettivo del contatto pieno dobbiamo partire dai sensi e abbandonarci alla dinamica per cui percepire significa "prendere" ciò che a noi fa figura, ciò che ci "punge", per entrare nell'esperienza della persona con cui lavoriamo (...). Sul confine di contatto del nostro incontro io terapeuta divento anche *operator*, in co-creazione con il mio paziente.

Una paziente affetta da più di venti anni da sclerosi multipla trovò nella descrizione dei suoi genitori, morti da diversi anni, una pace e un forte senso di gratitudine «*come se avessi foto nuove, come se facessi un ritratto nuovo*». Il suo forte bisogno di emancipazione e onnipotenza, finora efficacemente usato nelle sue relazioni quotidiane, stava vacillando nell'ammettere a se stessa che perdendo i suoi genitori perdetto anche le sue origini, il suo passato, un supporto e lo stesso presente. L'auto-sostegno aveva scavalcato l'etero-sostegno. Il mio sbobinare e trascrivere le sue narrazioni notturne (tracce audio) le permise di sentire (in un corpo impossibilitato a sentire) il piacere delle parole, della ricerca delle "parole giuste" per onorare un passato ormai lontano e far venire fuori quel bisogno di cure da tanto tempo sopito.

Questi spunti relativi alla fase iniziale dell'elaborazione del lutto (comunemente identificata come negazione) avviano alla fase in cui emerge la tristezza. Il lavoro a questo punto può puntare sullo scioglimento della confluenza, sulla differenziazione e sull'introiezione di parti della persona perduta come appartenenti a sé. Si può proporre in questo momento, così come nella fase della rabbia, la scrittura di una lettera alla persona che è venuta a mancare. L'esperienza insegna che nel momento di scrivere, già qualcosa cambia. La lettera dà l'occasione per mettere la propria vita nella relazione con la persona perduta. Si scrive ad un tu che non è più presente in carne ed ossa. Lentamente non sarà più una scrittura legata alla mancanza e al suo sfogo, ma alla costruzione di una narrazione.

Spesso questo momento dà molta nostalgia al paziente. Si ha la sensazione di fissare chiaramente sul foglio i dettagli della persona, la descrizione fisica e i suoi comportamenti. Si sperimenta un senso di colpa nel temere di dimenticare, come se accettando la perdita dell'altro sparisse anche una parte di sé. Il lavoro non consiste nel far sparire la sofferenza.

La persona, invece, impara a riuscire a non vergognarsi di soffrire e la scrittura, così intima in un primo momento e capace di arrivare al mondo con

<sup>7</sup> Quello che Barthes (1980) chiama *punctum* e che colpisce lo *spectator* (cfr. Sampognaro, 2014; Recalcati, 2022).

la sua potenza comunicativa, può aiutare a sentirsi orgogliosa di rivendicare il suo diritto ad essere triste per la mancanza.

### 7.3. Chiusura

L'emergere nel testo di un senso di gratitudine può avviare la persona a chiudere l'esperienza di elaborazione del lutto nel contesto clinico. Si può proporre di scrivere cosa ha imparato dalla persona perduta e cosa il nostro paziente ha insegnato a chi non c'è più. Immaginare che la persona perduta ci possa ringraziare fortifica la nostra *funzione personalità*.

Scrivere un paziente *«non posso fare più nulla per te, non so come ho potuto pensare questo finora. Mi manchi, ma adesso sono capace di volere andare avanti. Mi manchi, ma spero un giorno di amare come tu hai amato me. Anzi lo credo. E ti verrò a cercare ancora»*.

Il sentimento della tristezza mostra alla persona che è capace di amare, che la persona perduta non sparisce, ma viene via con sé. *«Tra poco sarà Natale, aspetto con gioia questo momento. Pensavo di comprare delle palline nuove e di mescolarle con le altre, tutte colorate, sì, farò un albero colorato»*.

Salutare la persona amata è un mettere fine, ma è anche un preludio per il dopo fine. «La morte dell'altro è un seme: tocca a noi scoprirlo e seguirlo nella sua evoluzione» (Demetrio, 2023, p. 112). La persona che ha concluso l'esperienza deve, inoltre, elaborarla, digerirla e integrarla nel suo sé, arricchendo così la *funzione io*. Spesso questo tema e questa fase della relazione paziente-terapeuta anticipa il tema della conclusione della terapia o, comunque, segna un momento di passaggio.

*(Ogni addio) è sempre qualcosa, che è di più di qualcuno.  
È sempre molto di più di ciò o di chi ci viene tolto.*

(Duccio Demetrio, 2023)

**Marilena Senatore:** Psicologa, psicoterapeuta della Gestalt, specializzata in consulenza autobiografica, lavora in ambito clinico a Palermo. Membro del comitato editoriale della rivista *Quaderni di Gestalt*.

## BIBLIOGRAFIA

- Agostino (1992). *Le Confessioni*. Milano: Mondadori.  
Candiani C. L. (2018). *Il silenzio è cosa viva. L'arte della meditazione*. Torino: Einaudi.



- Barthes R. (1980). *La camera chiara. Nota sulla fotografia*. Torino: Einaudi.
- Bowlby J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cavaleri P. (2007). *Vivere con l'altro per una cultura della relazione*. Roma: Città Nuova.
- Cavarero A. (1997). *Tu che mi guardi, tu che mi racconti. Filosofia della narrazione*. Milano: Feltrinelli.
- Demetrio D. (1997). *Il gioco della vita. Kit autobiografico. Trenta proposte per il piacere di raccontarsi*. Milano: Guerini e Associati.
- Demetrio D. (2008). *La scrittura clinica. Consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Demetrio D. (2023). *Nel silenzio degli addii*. Milano: Mimesis edizioni.
- Kübler-Ross E. (1991). *La morte e la vita dopo la morte. Morire è come nascere*. Roma: Edizioni Mediterranee.
- Macaluso M.A. (2018). Intenzionalità e spontaneità nell'azione terapeutica gestaltica. *Quaderni di Gestalt*, XXXI, 1: 33-57. DOI: 10.3280/GEST2018-001004
- Macaluso M. A. (2023). *Fenomenologia del sé e relazione terapeutica. Individuo e campo nell'approccio gestaltico*. Milano: FrancoAngeli.
- Neimeyer R.A. (2006). Narrating the dialogical self: Toward an expanded toolbox for the counselling psychologist, *Counselling Psychology Quarterly*, 19, 1: 105-120. DOI: 10.1080/09515070600655205
- Neimeyer R.A., a cura di (2015). *Techniques of Grief Therapy: Assessment and Intervention*. New York, NY: Routledge.
- Oliverio Ferraris A. (2000). *Le domande dei bambini*. Milano: Rizzoli.
- Pangrazzi A. (1991). *Il lutto: un viaggio dentro la vita*. Torino: Edizioni Camilliane.
- Perls F. (1995). *L'io, la fame, l'aggressività. L'opera di uno psicoanalista eretico che vide in anticipo i limiti fondamentali dell'opera di Freud*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and Method*. London: G. Allen & Unwin, 1947; New York, NY: Random House, 1969).
- Perls F.S., Hefferline R.F., Goodman P. (1971; 1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. Roma: Astrolabio (ed. or.: 1951;1994). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York, NY: The Gestalt Journal Press, 1951; 1994).
- Pessoa F. (1979). *Una sola moltitudine*. Milano: Adelphi.
- Polster E. (1986). La vita di ogni persona merita una storia. *Quaderni di Gestalt*, 2: 36- 46.
- Polster E. (1988). *Ogni vita merita un romanzo*. Roma: Astrolabio (ed. or.: *Every Person's Life is Worth a Novel*. New York: W.W. Norton & co., 1987).
- Proust M. (1913; 1963)). *La strada di Swann*. Torino: Einaudi.
- Recalcati M. (2022). *La luce delle stelle morte*. Milano: Feltrinelli.
- Sampognaro G. (2008). *Scrivere l'indicibile. La scrittura creativa in psicoterapia della Gestalt*. Milano: FrancoAngeli.
- Sampognaro G. (2009). Scrivere in terapia. *Idee in psicoterapia*, 2, 2:41-50.
- Sampognaro G. (2014). Punctum e psicoterapia della Gestalt: dalla percezione al contatto. In: Francesetti G., Ammirata M., Riccamboni S., Sgadari N., Spagnuolo Lobb M., a cura di, *Il dolore e la bellezza. Atti del III Convegno della Società Italiana Psicoterapia Gestalt*. Milano: FrancoAngeli, pp.214- 217.
- Solomon R. (2022). *Lutto e EMDR. Dalla diagnosi all'intervento clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Spagnuolo Lobb M. (2008). Presentazione. In: Sampognaro G., a cura di, *Scrivere l'indicibile. La scrittura creativa in psicoterapia della Gestalt*. Milano: FrancoAngeli,
- Spagnuolo Lobb M. (2011). *Il Now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.

- Spagnuolo Lobb M. (2020). Dalla perdita delle funzioni-io ai “passi di danza” tra psicoterapeuta e paziente. Fenomenologia ed estetica del contatto nel campo psicoterapeutico, *Quaderni di Gestalt*, 33, 1: 21-40. DOI: 10.3280/GEST2020-001003
- Spagnuolo Lobb M. (2021). Il lavoro sullo sfondo, l'estetica e la “danza”. La Conoscenza Relazionale Estetica e la reciprocità. In: Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli.
- Varano M. (2002). *Tornerà. Come parlare della morte ai bambini*. Torino: EGA Edizioni Gruppo Abele.
- Vázquez Bandín C. (1997). Bibliografia ragionata, *Quaderni di Gestalt*, 36/41: 101-104.
- Vázquez Bandín C. (2011). Aspettami in cielo. Il processo del lutto in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, XXIV,1: 45-64. DOI: 10.3280/GEST2011-001005
- Vázquez Bandín C. (2012). Perdita e lutto. A volte la mancanza di una sola persona rende deserto tutto il mondo. In: Francesetti G., Gecele M., Roubald J., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli, pp. 329-349.
- Vázquez Bandín C. (2021). Per chi non suonano le campane. L'elaborazione del lutto nel nostro tempo. In: Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli, pp 281-299.
- Zinker J. (2002). *Processi creativi in psicoterapia della Gestalt*. Milano: FrancoAngeli.

***In occasione della prima edizione polacca  
del volume pratico di Teoria e pratica della  
terapia della Gestalt: vitalità e accrescimento  
nella personalità umana (1951) di F.S. Perls,  
R.H. Hefferline e P. Goodman\****

*In Celebration of the First Polish Edition of the Practical  
Volume of Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human  
Personality (1951) by F.S. Perls, R.H. Hefferline and P. Goodman*

Piotr Mierkowski\*\*

[Ricevuto il 18 settembre 2024

Accettato per la stampa il 28 ottobre 2024]

**Abstract**

This is an excerpt from an article announcing the publication of the first Polish language edition of the practical volume of *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality* (1951), with the aim of reflecting on the socio-political and biographical roots of the founders of Gestalt Therapy and exposing the timeless value of its founding text. The

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

Questo articolo è una versione ridotta e rivisitata dell'articolo pubblicato dall'autore nel 2024 sul sito polacco BibliotekaGestalt.pl (<https://bibliotekagestalt.pl/>).

Si ringrazia l'autore per la gentile concessione.

Nella traduzione di questo articolo abbiamo preferito lasciare il testo più aderente possibile all'originale, mantenendo in alcuni casi ripetizioni e altri aspetti che, se da una parte possono appesantire la lettura, dall'altra garantiscono la fedeltà ai dettagli del ragionamento dell'autore (NdC).

La prima pubblicazione di *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality* del 1951 avvenne in due momenti: fu prima pubblicata la parte pratica e dopo la parte teorica. La prima edizione polacca del testo ha mantenuto la scelta originale di pubblicare l'opera in due volumi separati, il volume teorico e quello pratico.

\*\* The Gestalt Centre, 15-23 St. Pancras Way, London NW1 0PT, UK. E-mail: [gestaltpsychotherapy@gmail.com](mailto:gestaltpsychotherapy@gmail.com)

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

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

DOI: 10.3280/qg2024-2oa18741

article was originally written in Polish and published online in January 2024. The author asserts that Gestalt Therapy approach to psychotherapy arose in response to the catastrophic breakdown of the very core human contact functions in the time of the rise of totalitarian regimes, with its aim of promoting the growth and development of healthy capacities to contact the other and in hope that the disaster of another world war could be avoided. Contemporary Gestalt psychotherapy is therefore the fruit of the very personal traumatic stories of its founders, Frederick and Laura Perls, and their immense desire to engage in the here and now of their new life and of the balance which, destroyed by the trauma of war, was recreated by them and integrated with psychotherapeutic theory and practice to be then passed on to the subsequent generations.

*Keywords:* War trauma and psychotherapy, humanistic values, radical psychoanalysis, empathy, hope.

## Riassunto

Questo è un estratto dell'articolo che annuncia la pubblicazione della prima edizione in lingua polacca del volume pratico di *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality* (1951), con l'obiettivo di riflettere sulle radici socio-politiche e biografiche dei fondatori della Gestalt Therapy e di esporre il valore senza tempo del suo testo fondante. L'articolo è stato originariamente scritto in polacco e pubblicato *online* nel gennaio 2024. L'autore afferma che l'approccio della Gestalt Therapy alla psicoterapia è nato in risposta alla catastrofica rottura delle funzioni di contatto umane fondamentali all'epoca dell'ascesa dei regimi totalitari, con l'obiettivo di promuovere la crescita e lo sviluppo di sane capacità di contatto con l'altro e nella speranza di poter evitare il disastro di un'altra guerra mondiale. La psicoterapia della Gestalt contemporanea è quindi il frutto delle personalissime storie traumatiche dei suoi fondatori, Frederick e Laura Perls, e del loro immenso desiderio di impegnarsi nel qui ed ora della loro nuova vita e dell'equilibrio che, distrutto dal trauma della guerra, fu da loro ricreato e integrato con la teoria e la pratica psicoterapeutica per essere poi trasmesso alle generazioni successive.

*Parole chiave:* Trauma bellico e psicoterapia, valori umanistici, psicoanalisi radicale, empatia, speranza.

## 1. Il contatto come antidoto alla guerra

*È il contatto la prima e più semplice realtà.*

(Perls *et al.*, 1951, p. 227)

Questa breve e audace affermazione che si trova all'inizio del volume teorico di *Teoria e pratica della Gestalt: Vitalità e accrescimento nella personalità umana* (1951), intitolato *Novelty, Excitement and Growth* (Novità, eccitazione e crescita) e pubblicato per la prima volta in polacco poco più di un anno fa, nel 2022, da Oficyna Związek Otwarty (OZO), delinea l'area di maggiore interesse per gli psicoterapeuti della Gestalt. Il contatto è il cuore

pulsante della psicoterapia della Gestalt e il filo conduttore di entrambi i volumi del suo testo fondante scritto da Frederick S. Perls, Ralph F. Hefferline e Paul Goodman, noto come PHG, dalle iniziali del nome dei tre autori.

In effetti, la psicoterapia della Gestalt nasce come risposta ad una catastrofica interruzione della fondamentale funzione umana di contattare l'altro. La rottura di un sano funzionamento della capacità di fare contatto ha favorito l'inarrestabile ascesa delle ideologie totalitarie come il nazismo e il comunismo, insieme alla frantumazione delle fondamenta dell'umanesimo e dei valori ad esso associati, che in seguito hanno portato alla crescita prepotente del regime autoritario fascista, alla persecuzione e allo sterminio degli ebrei e delle persone appartenenti ad altre minoranze e diversità e, infine, alla crudele guerra mondiale che ha portato al crollo del fragile ordine mondiale esistente, nonché a perdite e distruzioni inimmaginabili. Parafrasando T.S. Elliott, «se l'inferno è dove nulla si connette», allora la terapia della Gestalt, i cui due principali ideatori Frederick e Laura Perls sono sopravvissuti all'inferno della Seconda Guerra Mondiale come rifugiati e hanno conosciuto la persecuzione e l'esilio, è stata concepita per ripristinare le funzioni di contatto sane con la speranza che possano impedire che quell'inferno sulla terra si ripeta ancora. Il PHG sembra essere una testimonianza del loro sforzo e delle loro aspirazioni nate da queste tragiche circostanze.

## 2. Le influenze storiche e culturali della psicoterapia della Gestalt

Quando si affronta questo tema particolare è fondamentale ricordare che la psicoterapia della Gestalt è stata influenzata dal patrimonio culturale della cosiddetta “generazione espressionista”, alla quale entrambi, Frederick e Laura Perls, appartenevano quando vivevano ancora nella Berlino prebellica, «una generazione di anticonformisti e cercatori di verità disposti a correre rischi» (Bocian, 2010). Come emerge dai ricordi di chi ha avuto l'opportunità di conoscerli di persona e da varie biografie (Gaines, 1979; Rosenfeld, 1982; Clarkson e Mackewn, 1993; Gregory, 2001; Resnick, 2019), Frederick era un uomo colto e pragmatico, che aveva avuto un'esperienza diretta delle atrocità e del dolore inflitti dalla guerra mentre prestava servizio come medico dell'esercito tedesco nelle trincee durante la Prima Guerra Mondiale e la cui eredità gli aveva procurato un notevole trauma, rendendolo cinico e in qualche modo privo di illusioni. Ma la sua acuta attenzione e prontezza di riflessi, la sua lingua eccezionalmente tagliente e il suo tipico umorismo rimasero intatti. Per tutta la vita coltivò l'amore per il teatro, che alimentò frequentando gli ambienti dei *bohémien* intellettuali come Max Reinhardt, Bertolt Brecht, Kurt Weil e i circoli artistici Bauhaus e Dadaisti. La moglie, di

dodici anni più giovane e figlia di un ricco commerciante, era invece un'academica con una conoscenza approfondita della fenomenologia e della psicologia della Gestalt. Laura era ispirata dalla musica e dalla danza moderna, frequentava regolarmente le lezioni di Elsa Gindler ed era interessata a tutto ciò che aveva a che fare con il corpo, la sensazione e il movimento espressivo, ed eccelleva nel suonare il pianoforte. Inoltre, conosceva bene le figure di spicco della cultura e dell'arte di quel periodo prebellico nella capitale della Repubblica di Weimar, allora nota come "isola della libertà" per l'enfasi posta nella Berlino degli anni '20 sull'autenticità e sulla creatività, sulla scelta e sulla tolleranza. Entrambi erano anche intellettuali di sinistra, fin dai primi anni '30, attivamente coinvolti nella Lega antifascista; Frederick insegnava regolarmente alla Marxistische Arbeiterschule di Berlino (Bocian, 2010, pp. 244-253). Il testo fondante della terapia della Gestalt, soprattutto il suo volume pratico basato quasi interamente sul manoscritto che Perls scrisse mentre era ancora in esilio in Sudafrica, è una sorta di testimonianza dei valori liberal-democratici e d'avanguardia di quella generazione. Sembra anche colmare le lacune nella storia prenazista della cosiddetta psicoanalisi radicale, dal momento che sia Frederick che sua moglie erano allora essenzialmente analisti praticanti.

Ma la vita dei Perls racconta anche la sofferenza tipica della loro generazione e ne fa emergere l'immensa creatività. Infatti, in quanto ebrei e rappresentanti dell'avanguardia sociale di sinistra, furono costretti a fuggire dalla Germania e dalle persecuzioni dei primi anni '30. Frederick e Laura Perls furono tra i pochi che riuscirono a sfuggire all'Olocausto nonostante i tragici eventi della guerra e dell'esilio, riuscendo a preservare la loro cultura e i loro valori dalla distruzione. Li integrarono, insieme alle inevitabili e importanti perdite, nel proprio unico approccio terapeutico, conservando così molte delle loro esperienze personali di sopravvivenza, trasmettendole alle generazioni future sotto forma di quella teoria e pratica che entrambi hanno plasmato. Allo stesso tempo il loro trauma, l'enormità delle perdite e i loro effetti su di loro li hanno resi in gran parte incapaci o poco inclini a parlare apertamente delle loro storie di incertezza o delle tragedie delle loro famiglie, che insieme a sei milioni di ebrei europei furono uccisi tra il 1933 e il 1945. Avevano, invece, un forte bisogno di impegnarsi nel qui ed ora della loro nuova vita trovata in esilio e di costruire un futuro migliore per loro stessi e per gli altri che si trovavano in circostanze simili. Il desiderio di ritornare all'equilibrio o a un qualche stato di normalità ha dominato in modo permanente la loro idea di umanità, di storia, di relazioni e di vita in generale. Proprio come per molte altre persone significative di origine ebraica – artisti, psicoanalisti, filosofi – costretti a fuggire negli Stati Uniti dalla loro patria a

causa della persecuzione e dello sterminio nazisti, per i fondatori della psicoterapia della Gestalt, l'anarchia insieme allo studio sulle condizioni necessarie per il cosiddetto "buon contatto" (tra cui l'aumento della consapevolezza di sé e del proprio ambiente che ci permette di stare nel contatto momento per momento) divenne un antidoto al fascismo e un modo per creare una società veramente utopica (Stoehr, 1994; Bocian, 2010).

### 3. Gli effetti della guerra e i suoi effetti sulla teoria della psicoterapia della Gestalt

La psicoterapia della Gestalt, coerente con la teoria dell'anarchismo, fin dall'inizio ha sfidato tutte le forme di potere, coercizione e gerarchia e ha sostenuto un linguaggio semplice che esprime a parole l'esperienza incarnata dell'individuo e invita al dialogo che enfatizza la differenziazione. Vale la pena ricordare che l'anarchismo non è socialismo o *caos*, non è ancora ribellione o rivoluzione; l'anarchismo è solo e soprattutto uno scetticismo radicale nei confronti delle strutture di potere, autorità e gerarchia, dal sistema familiare tradizionale (in cui dominava il maschio, il padre) all'imperialismo (Chomsky, 2014; Aylward, 2018).

Proprio per questo motivo nella PHG non si parla di empatia. Questo concetto così popolare, ritenuto dalla psicologia generale e da molte scuole di psicoterapia come centrale per la costituzione degli esseri umani come creature sociali, è sempre stato visto con sospetto in psicoterapia della Gestalt e considerata come una forma di confluenza passiva con il sistema di significati e valori dominanti. Mi pare di ricordare che il famoso psicoterapeuta britannico Peter Philippon durante un seminario disse che, piuttosto che empatia e sintonia, la psicoterapia della Gestalt parla di dialogo che enfatizza differenziazione e contatto. Infatti, nella psicoterapia della Gestalt, il contatto è pensato come guidato dall'aggressione dentale, nel senso più ampio di avvicinarsi all'altro con preoccupazione o desiderio e incontrare il nuovo, in un processo che distrugge le strutture fisse, masticando e assaggiando, identificandosi e rifiutando, cambiando ed essendo cambiati e, infine, assimilando e creando nuovi significati (Perls L., 1992, p. 131).

In un articolo come questo, che si concentra sull'esplorazione dell'aspetto esistenziale della psicoterapia della Gestalt, vale la pena anche notare che, benché gli autori del suo testo fondante parlino spesso della propria speranza quando incoraggiano i lettori a impegnarsi nel compito che propongono, sia esso la lettura attenta del loro testo o l'esecuzione degli esperimenti, nel PHG non si parla di speranza come forza motivazionale unidimensionale. Questa

mossa audace ha dato alla terapia della Gestalt un significato molto più profondo e una dimensione esistenziale molto più genuina, che sembrano scaturire direttamente dall'esperienza personale dei suoi fondatori. Paradossalmente la fede è alla base di tutto il progetto che la psicoterapia della Gestalt rappresenta, compreso il progetto di PHG. Ma mentre «la fede è sapere, al di là della consapevolezza, che se si fa un passo ci sarà la terra sotto i piedi: ci si dà senza esitazione all'atto, si ha fede che lo sfondo produrrà i mezzi» (Perls *et al.*, 1951, p. 343), la speranza implica la promessa che qualcosa sarà migliore in futuro. Chi spera crede che un individuo o un gruppo di persone raggiungerà una qualche idea di paradiso, il che è chiaramente in contrasto con la premessa della psicoterapia della Gestalt secondo cui la morte è l'unica certezza nella vita.

Così, mentre un sentimento di speranza, come una coperta “soffice”, può portare un sollievo e un conforto necessari, ma solo temporanei nel nostro viaggio verso l'ignoto, è la consapevolezza della morte stessa e l'accettazione senza riserve che la nostra vita ha una fine, insieme all'accettazione della mancanza di speranza, che offre un terreno molto più solido per sostenere la nostra esistenza (Bloom, 2024, conversazione personale).

A questo proposito, la psicoterapia della Gestalt può apparire piuttosto disincantata rispetto ad altre psicoterapie umanistiche, come la terapia centrata sulla persona di Carl Rogers o la psicotesi, anch'esse salite alla ribalta a metà del XX secolo in risposta ai limiti della teoria psicoanalitica di Sigmund Freud. Le ragioni di questo possiamo trovarle probabilmente nelle influenze provenienti dalla psicologia della Gestalt che, insieme alla fenomenologia, fornisce al nostro metodo una base teorica solida e non sperimentale, ma verificabile. Si può quindi ritenere che in psicoterapia della Gestalt la nozione di speranza sia indebolita e alla fine eliminata da quel fenomeno osservato dagli psicologi della Gestalt chiamato principio di chiusura e dalla sua applicazione al comportamento umano, come descritto dagli autori di PHG nell'*Introduzione*. «Nella lotta per la sopravvivenza, il bisogno più importante diventa la figura e organizza il comportamento di un individuo fino a quando questo bisogno non viene soddisfatto, dopodiché passa in secondo piano (equilibrio temporaneo) e fa spazio al bisogno successivo, che diventa più importante» (Perls *et al.*, 1951, p., xi).



#### 4. Conclusioni

Possiamo affermare che la psicoterapia della Gestalt negli anni '50 come oggi, a distanza di poco più di 70 anni, non è affatto un monolite, né un'ortodossia universalmente accettata da chi la pratica. Ci sono individui e istituzioni formative che, per mantenere potere e influenza, cercano di fermare artificialmente il corso del tempo o di determinare a tutti i costi cosa è e cosa non è Gestalt. Ma le idee si formano e si adattano al tempo, nel bene e nel male. La Gestalt non è solo psicologia del processo, ma un processo in sé. Uno dei suoi innegabili punti di forza è il riconoscimento della fluidità e del cambiamento costante. Noi costituiamo la terra da cui il fiume della Gestalt ha origine e in cui scorre. Il fiume a sua volta modella la terra (Houston, 2003, p. 138).

Fin dall'inizio, a New York, ancor prima che Fritz e Laura Perls prendessero strade diverse sia a livello personale che professionale, esistevano già molte versioni e interpretazioni diverse della psicoterapia della Gestalt; l'accento era posto su aspetti diversi. Uno dei miei maestri di Gestalt, Joel Latner (1973; 1983), ha osservato che “prima ancora che la terapia della Gestalt avesse lasciato il suo luogo di concezione era già riuscita a litigare con se stessa”. Questi primi anni videro una scissione tra la psicoterapia della Gestalt più intellettuale e teorica dal lavoro più impulsivo, orientato all'espressione e all'esperienza. Si cominciò a sottolineare le differenze regionali che avrebbero caratterizzato la Gestalt della East Coast (ad esempio, quella del *New York Gestalt Therapy Institute* – NYGTI, dove ancora oggi si studia riga per riga l'intero PHG) rispetto a quella della West Coast (Los Angeles o l'*Esalen Institute di Big Sur*, California), o del *Gestalt Institute* di Cleveland, fortemente influenzati dalle ricerche sulle dinamiche di gruppo di Kurt Lewin e dal modello di *leadership* del cambiamento organizzativo da lui creato. Da quando la terapia della Gestalt ha iniziato a diffondersi al di fuori degli Stati Uniti, si è parlato di differenze nella sua pratica tra terapeuti statunitensi, sudamericani ed europei, britannici, dell'Europa orientale e italiani, polacchi, russi e spagnoli. Inoltre, recentemente si è iniziato a usare il termine “terapia relazionale della Gestalt” per distinguere la terapia della Gestalt contemporanea dal modello estremamente individualistico e roboante che Fritz Perls ha praticato in modo indipendente nella seconda metà degli anni '60 e '70.

Anche se sono appassionato di PHG da anni e considero quest'opera come una miniera d'oro di conoscenze sulla teoria e la pratica terapeutica e sulla vita in generale, non mi attengo rigidamente ai concetti presentati in questo libro. Sono certo che attenermi troppo rigidamente a questa formula

mi avrebbe impedito di perdere occasionalmente la mia “strada” e di allontanarmi abbastanza da imbattermi in alcune gemme non menzionate in PHG. Tuttavia, penso a questo testo come ad una bussola a cui rivolgo la mia attenzione, più volte, nel mio viaggio verso l’ignoto.

Il terapeuta ha bisogno delle sue origini per orientarsi, per sapere in che direzione guardare. È l’abitudine acquisita che fa da sfondo a quest’arte come a qualsiasi altra. Ma il problema è lo stesso di ogni altra arte: come usare questa astrazione (e quindi fissazione) senza perdere il contatto con il presente e soprattutto la continuità con l’attualità? È il problema che la psicoterapia condivide con la pedagogia e la politica: come fare per non imporre uno standard piuttosto che aiutare l’altro a sviluppare le proprie potenzialità? (Perls *et al.*, 1951, p. 448).

Dal mio punto di vista, la cosa più importante è avere una buona conoscenza degli assunti di base del nostro approccio e fare scelte consapevoli su come utilizzarli nella pratica, a seconda della specifica situazione clinica e del contesto sociopolitico in cui viviamo e del singolo cliente con cui stiamo lavorando.

*Traduzione di Angela Pegna*

**Piotr Mierkowski:** è uno psicologo, psicoterapeuta accreditato UKCP, supervisore e formatore internazionale, con oltre 30 anni di esperienza clinica nel NHS (servizio sanitario inglese), nel settore del volontariato e nella pratica privata a Londra. Membro dell’UKAGP e dell’EAGT, partecipa attivamente al lavoro di molte organizzazioni e istituti di formazione gestaltici nel Regno Unito e Polonia. Membro del Consiglio di amministrazione della IAAGT. Originario della Polonia, ha una formazione in psicologia e neuroscienze (Università di Varsavia). Laureato presso la London Metropolitan University e del Gestalt Centre London, di cui successivamente è stato membro del Consiglio di amministrazione. Attualmente è *visiting tutor* del *Gestalt Centre* dove tiene seminari clinici avanzati per gli studenti del *Practitioner Programme* di psicoterapia della Gestalt. Come clinico bilingue, Piotr si è interessato al riverbero dei fenomeni culturali e linguistici trasversali e al loro impatto sul processo terapeutico. Ha tradotto in polacco il testo fondamentale della Terapia della Gestalt (Perls *et al.*, 1951) pubblicato a Varsavia da Oficyna Związek Otwarty in due volumi (parte teorica, 2022 e parte pratica, 2024).

## BIBLIOGRAFIA

- Bocian B. (2010). *Fritz Perls in Berlin: 1893-193. Expressionism, Psychoanalysis, Judaism*. Bergisch Gladbach: EHP Verlag Andreas Kohlhaage (trad. it.: *Fritz Perls a Berlino: 1893-1933. Espressionismo, psicoanalisi, ebraismo*. Milano: FrancoAngeli, 2012).
- Chomsky N. (2014). *On Anarchism*. London, UK: Penguin.
- Gaines J. (1979). *Fritz Perls, Here and Now*. Berkeley, CA: Celestial Arts.

- Gregory S. (2001). Elsa Gindler: Lost Gestalt Ancestor. *British Gestalt Journal*, 10, 2: 114-117.
- Latner J. (1983). This is the speed of light: Field and Systems Theories in Gestalt Therapy. *Gestalt Journal*, 6, 2: 71-90.
- Perls F.S., Hefferline R.F., Goodman P. (1951; 1994). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York, NY: The Gestalt Journal Press (trad. it.: *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. Roma: Astrolabio, 1971; 1997).
- Perls F.S., Hefferline R.H., Goodman P. (1951; 2024). Mobilizowanie Self. In: *Terapia Gestalt: Pobudzenie i Wzrost w Osobowości Człowieka*, Vol. II. Warszawa: OZO.
- Perls L. (1992). *Living at the Boundary: Collected Works of Laura Perls*. Highland, NY: Gestalt Journal Press.
- Resnick R. (2019). “Narcissistic” Buffoon or Imperfect Genius? The Rehabilitation of a Balanced View. In: Robine J-M, Bowman C., eds., *Psychopathology of Awareness*. St. Roman la Virvée, FR: l’Exprimerie, pp. 65-87.
- Rosenfeld E. (1982). Conversation with Laura Perls. In: Wysong J., Rosenfeld E., eds., *An Oral History of Gestalt Therapy*. Highland, NY: The Gestalt Journal Press, pp. 3-25.
- Stoehr T. (1994). *Here Now Next: Paul Goodman and the Origins of Gestalt Therapy*. A Gestalt Institute of Cleveland Publication, San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.

FrancoAngeli

# Riviste

## SERVIZI ONLINE PER ATENEI

Dal 2013 oltre 80 riviste FrancoAngeli sottoscrivibili per gli Atenei in versione online **con diritto d'accesso perpetuo al corrente e a tutti gli arretrati disponibili.**

Tramite un'unica licenza è possibile accedere:

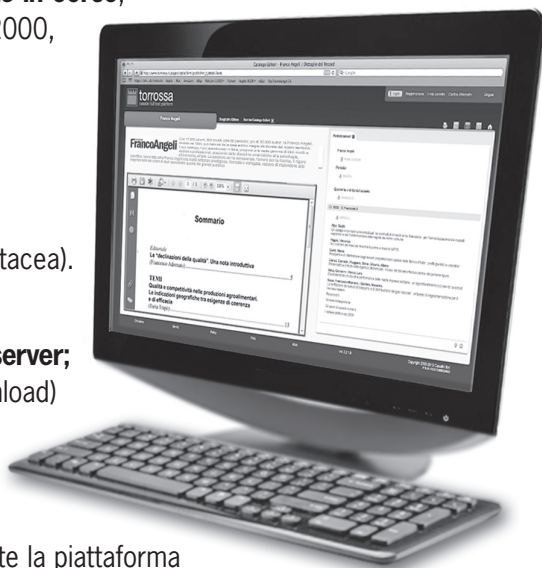
- alle versioni in formato digitale delle **annate in corso**;
- a tutte le annate arretrate (a partire dal 2000, se disponibili) in formato digitale;
- con **diritto d'accesso perpetuo.**

Le modalità di accesso consentono:

- la ricerca (per autore, per titolo, full-text);
- la visualizzazione del documento (corrispondente a quello dell'edizione cartacea).

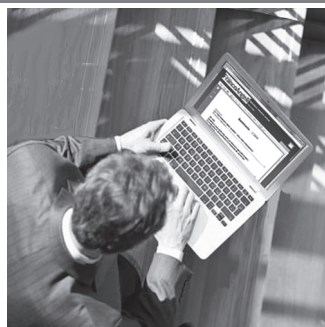
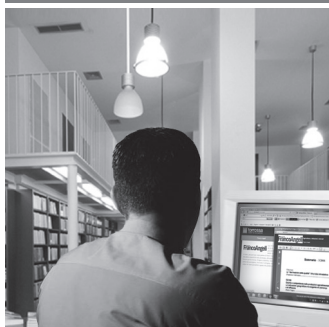
Come **facoltà opzionali** sono previsti:

- diritti di accesso da remoto tramite **proxy server**;
- diritti di effettuare **copia e incolla** (download) ad uso personale.



La fruizione di tutti i contenuti avviene tramite la piattaforma **Torrossa - Casalini Full Text Platform**

Per informazioni: [riviste@francoangeli.it](mailto:riviste@francoangeli.it)



**RECENSIONI**

a cura di Silvia Tosi

**Starrs B. (2024). *Adolescent Configuration Styles, Parenting and Psychotherapy. A Relational Perspective.*****London, UK: Routledge****ISBN 978-1-032-44723-0, pp. 178, € 33,74**

Il libro di Bronagh Starrs, come scrive lei stessa nell'introduzione, esplora come i ragazzi, i loro genitori e i terapeuti fanno esperienza dell'adolescenza. Per Starrs l'esperienza dell'adolescenza segue una progressione per fasi attraverso livelli di funzionamento psicologico, emotivo, comportamentale e interpersonale sempre più sofisticati.

Nella prima fase, nel passaggio dalla fanciullezza all'adolescenza, i ragazzi iniziano a mettere dei confini con il mondo degli adulti, connettendosi sempre di più con quello dei pari. È il periodo della vita in cui la motivazione che li guida è fare subito ciò che vogliono e che dà loro un piacere immediato. Il sé è vissuto in relazione agli impulsi.

Nella seconda emerge il bisogno di approfondimento dell'esperienza interna, accompagnato spesso da auto-accettazione, sebbene non sia ancora stata raggiunta una sufficiente stabilità psicologica. Il sé, in questa fase, è vissuto con intensità e spesso con una buona dose di insicurezza e angoscia esistenziale.

L'attraversamento di queste due esperienze pone le basi per la terza, che porta ad avere un senso più profondo e sicuro di sé ed un maggior equilibrio nelle situazioni di vita. L'accresciuto ancoraggio psicologico e il maggiore autocontrollo si estendono al contatto interpersonale e alla progettazione sul futuro.

L'autrice ci ricorda che il viaggio dell'adolescenza può, però, essere accidentato da traumi, da complessità e da un inadeguato supporto dell'ambiente. Infatti, come sappiamo, lo sviluppo non è sempre sequenziale e non sempre l'esperienza dell'adolescenza segue una progressione regolare.

Starrs ha osservato tre stili evolutivi nella percezione di sé, nello stile di contatto e nei comportamenti, che emergono durante il processo adolescenziale, identificandoli con tre configurazioni (*configuration styles*) organizzate in tre *cluster* principali: impulsivo, inibitorio e *directional*, quello che in italiano definiremmo "centrato con una direzione chiara".

Per alcuni adolescenti questi stili si sviluppano in maniera fluida durante la crescita, i ragazzi si muovono, infatti, attraverso ciascuna configurazione in modo sequenziale. Altri, invece, rimangono intrappolati nell'uno o nell'altro di questi stili senza poter progredire attraverso altre configurazioni.

Il libro è composto da tre parti, ognuna delle quali suddivisa in capitoli.

Nella prima parte, Starrs presenta un'osservazione dell'adolescenza contemporanea, identificando le tre configurazioni principali e offrendo una descrizione dell'esperienza adolescenziale. Il primo ed il secondo capitolo illustrano la configurazione impulsiva, in cui l'attrazione per il piacere e la ricerca di una convalida all'interno del panorama dei pari diventano figura in questa fase. Le motivazioni infantili si trasformano radicalmente e l'accettazione di sé è ora accomunata all'accettazione dei pari, in quanto l'appartenenza al gruppo diventa vitale. Viene analizzata l'esperienza dell'impulsività quando si consolida e l'adolescente si struttura in questa configurazione, rimanendo bloccato in *pattern* ripetitivi frutto di eccessiva indulgenza verso se stesso e dell'esagerata assunzione di rischi, con la conseguente difficoltà di poter proseguire fluidamente nella crescita. Qui l'autrice illustra i problemi connessi alla disregolazione dell'umore e ad una scarsa autodisciplina e sottolinea come lo stile impulsivo sia legato al funzionamento del sistema limbico, sede del nostro mondo emotivo. Il capitolo tre e quattro offrono una sintesi descrittiva dell'adolescente con uno stile inibito, con propensione alla preoccupazione per se stesso e alla ruminazione ansiosa. L'autrice descrive come l'adolescente bloccato nella configurazione inibita, possa strutturare una modalità fortemente ansiosa, riempiendosi di pensieri negativi e ponendo a sé stesso ed al suo ambiente restrizioni sempre più invalidanti. Purtroppo, queste modalità fortemente ansiose, come rileva l'autrice e come può osservare chiunque sia a contatto con i ragazzi, sono oggi tipiche di molti adolescenti. L'ultimo capitolo della prima parte, tratta dell'adolescente centrato, che ha sviluppato un certo grado di stabilità emotiva e comportamentale. Per alcuni adolescenti questo è dovuto ad una buona salute psichica, ad un ambiente supportivo e ad un solido senso di sé; per altri può essere frutto di un adattamento creativo.

La seconda parte del testo esplora l'adolescenza dalla prospettiva dei genitori: in questa sezione vengono esaminati gli stili genitoriali e le risposte tipiche alle situazioni che si presentano frequentemente tra genitori e figli. Nel sesto capitolo viene data una panoramica generale delle configurazioni genitoriali e degli stili di contatto in relazione alla loro capacità di sintonizzarsi con il figlio adolescente. L'autrice ci mostra poi (capitoli sette, otto e nove) come ogni stile di configurazione nell'adolescenza susciti una risposta prevedibile nei genitori ed esamina le difficoltà che i genitori devono affrontare nel mondo odierno. Dopo aver evidenziato quali siano le modalità che spesso rendono inefficaci gli interventi dei genitori, vengono delineate delle strategie genitoriali in sintonia con lo sviluppo del figlio, pertinenti a ciascuno stile di configurazione. Secondo Starrs, per supportare i figli adolescenti mettendo in atto strategie in sintonia con lo sviluppo, i genitori necessitano di un buon livello di intuizione, impegno e autocontrollo.

La terza parte del libro si concentra sulla terapia: l'autrice dà indicazioni su come creare uno spazio terapeutico relazionale e trasformativo sia per l'adolescente che

per i suoi genitori. Per l'autrice la conoscenza approfondita della modalità evolutiva dell'adolescente e della risposta dei genitori avrà poi delle ricadute sull'incontro terapeutico. L'intervento si concentra, quindi, sia sul lavoro individuale con l'adolescente che sul coinvolgimento dei genitori. In questa sezione vengono anche illustrati alcuni strumenti, come il *sandspace*, una tecnica creata dalla Starrs che prevede l'utilizzo della sabbia e di personaggi.

L'adolescente porta il suo mondo nella situazione terapeutica e noi, come terapeuti, cerchiamo di creare in modo collaborativo, con i nostri clienti adolescenti, una cornice di significato che supporti il processo e lo scopo della terapia. Questa tecnica offre una modalità dinamica di relazione che arricchisce il processo di contatto tra gli aspetti dell'esperienza di sé che sono spesso compartimentati nella consapevolezza in via di sviluppo dell'adolescente. Lo spazio di vita dell'adolescente e lo sviluppo dei confini di contatto diventano visibili, tangibili e tridimensionali attraverso la scena creata nella sabbia.

Vengono, inoltre, presentati alcuni casi per illustrare la teoria.

Anche quest'ultima sezione è suddivisa in capitoli che trattano come supportare con il lavoro terapeutico gli adolescenti con stile impulsivo, quelli con stile inibito, ma anche quelli centrati e come sostenere i genitori a trovare strategie efficaci che assicurino una relazione più ricca e rilassata con i loro figli.

Per illustrare il funzionamento di questi stili adolescenziali Starrs fa riferimento alle neuroscienze che ci offrono una lente con cui guardare i cambiamenti fisiologici, psicologici ed interpersonali che avvengono in adolescenza e a cui possiamo fare riferimento per spiegare con semplicità e chiarezza, soprattutto ai genitori, i fenomeni psicologici che stanno attraversando i loro figli.

Il libro di Bronagh Starrs tratta di una fase della vita molto affascinante, vitale, fatta di grandi trasformazioni e anche di grandi sofferenze. Il testo nasce dall'esperienza professionale della Starrs, non è basato su risultati di ricerche empiriche, ma si fonda su esempi clinici e suggerimenti concreti su come lavorare con questa fascia d'età.

Credo sia facile, per chi legge questo testo, riconoscere nei propri giovani pazienti le configurazioni individuate da Starrs, così come osservare le risposte ripetitive e spesso poco efficaci dei genitori. La chiarezza espositiva, la profonda conoscenza degli adolescenti e dei loro genitori, unita ad una elaborazione teorica e ad una esemplificazione pratica, rendono il libro di Bronagh Starrs interessante per gli psicoterapeuti che lavorano con gli adolescenti, ma anche per i genitori.

È stato per me interessante leggere questo libro, anche perché nell'ampissimo panorama dei testi di psicoterapia con gli adolescenti, pochissimi sono quelli che hanno un approccio gestaltico.

Bronagh Starrs è fondatrice e direttrice del *Blackfort Adolescent Gestalt Institute* e direttrice del programma *MSc Adolescent Psychotherapy* presso il *Dublin Counseling & Therapy Centre*, in collaborazione con l'Università di Northampton, UK. Bronagh è una specialista dello sviluppo adolescenziale e ha una notevole esperienza nell'insegnamento in Irlanda e a livello internazionale delle implicazioni evolutive del trauma nel percorso adolescenziale. Oltre al libro qui recensito è autrice di *Adolescent Psychotherapy: A Radical Relational Approach* (2019) e di diversi articoli e

capitoli sull'argomento; inoltre, ha contribuito al volume collettivo *Relational Child: Relational Brain* (2011).

Silvia Tosi\*

**Gutjahr L. (2024). *A Field-Centered Approach to Gestalt Therapy. Agency and Response-Ability in a Changing World*. Londra, UK: Routledge. ISBN: 9781032594613, pp. 144, € 38,99**

Anche se non mi identifico con i nuovi approcci della teoria di campo e abbia alcune critiche in merito, che tratterò brevemente, mi sono comunque battuto per la pubblicazione del libro di Gutjahr. È il primo volume della *Gestalt Therapy Book Series* che tratta esclusivamente questo argomento e ritengo che i contributi orientati al campo siano fundamentalmente arricchenti, in quanto introducono nuove prospettive e ampliano il nostro approccio.

Apprezzo, inoltre, che, grazie a questo sviluppo, la focalizzazione sulla curva di contatto e sugli “interventi specifici per specifiche interruzioni di contatto” – un’impostazione che ho sempre trovato troppo schematica e che non ho mai potuto seguire nel mio lavoro – non sia più l’elemento centrale. Accolgo con favore il fatto che i singoli autori sviluppino approcci propri, arricchendo così tutti noi. Tutto ciò mi permette di apprendere e, nel solco della buona tradizione della terapia della Gestalt, masticare e assimilare ciò che mi sembra valido e utile, ciò che amplia ulteriormente la mia teoria e la mia pratica, la mia Gestalt, senza dovermi attenere a un concetto predeterminato e standardizzato. In altre parole, senza introiettare un’autorità, come avrebbero detto Perls e Goodman.

E qui Gutjahr risulta utile, poiché tratta praticamente tutti gli attuali autori relazionali e orientati al campo essendo in grado di trovare aspetti positivi e critici in ciascuna delle prospettive che analizza. Il suo approccio include ambiti socio-politici, economici e filosofici, dimostrando, come sottolineato da Donna Orange nella quarta di copertina, che «è possibile essere un intellettuale senza intellettualizzare».

Gutjahr si basa sull’intuizione fondamentale di Perls e Goodman secondo i quali il contatto è la prima realtà e definisce il suo approccio come “centrato sul campo”, in contrasto con altri approcci di campo. È particolarmente interessato ai fenomeni di risonanza interpersonale e al contagio emotivo derivanti dal contatto. Formatosi presso l’Istituto Gestalt di Amburgo, Lothar Gutjahr è un terapeuta, mediatore e *coach* aziendale. Il suo libro risulta una lettura interessante sia per chi è già familiare con la teoria di campo, sia per chi vuole approcciarsi per la prima volta a questi temi.

Per i colleghi che si identificano con l’approccio al campo, è interessante confrontarsi con le critiche di Gutjahr e con le sue proposte di formulazione. Accordarsi e dissentire durante la lettura può affinare e consolidare la propria posizione. Per

\* Psicologa, psicoterapeuta, Istituto di Gestalt HCC Italy. Membro del comitato editoriale dei *Quaderni di Gestalt* e del *Gestalt Therapy Book Series*.



coloro che non hanno ancora familiarità con gli attuali approcci al campo, è un'opportunità per familiarizzare con la nuova terminologia (o meglio, le nuove terminologie) e per immergersi nelle numerose definizioni proposte in relazione a ciò che noi terapeuti della Gestalt possiamo percepire e conoscere nel nostro lavoro.

Le persone per Gutjahr sono sempre *del* campo, non *nel* campo, ed è particolarmente interessato al “contatto risonante”. Sono d'accordo con la sua critica a termini come “tra” (*in-between*) o “il terzo”, che sembrano descrivere fenomeni indipendenti e che qualvolta diventano descritti come un terzo “soggetto” che esiste indipendentemente dalle persone che interagiscono in risonanza. In sostanza, egli sostiene, per me giustamente: «I campi non hanno vita propria» (p. 43) e il campo non è caratterizzato da «io, tu e un *in-between*», non esiste un «*in-between* mistico» (p. 137). In un capitolo a parte Gutjahr discute gli attuali tentativi di integrare il concetto di atmosfera nella terapia della Gestalt («demistificare le atmosfere» p. 50). In generale, Gutjahr vede ancora un approccio individualistico nella maggior parte degli approcci più recenti, che egli interpreta negativamente.

Su questo non sono d'accordo.

Ciò che mi crea spesso problemi sono certe formulazioni linguistiche che nascono dalla prospettiva di campo. Per esempio, quando leggo: «Le persone sono i poli sensibili del campo» (p. 57), o il discorso dell'influenza di “forze, vettori e valenze” del campo. Un linguaggio troppo astratto per me, e devo tradurlo in un linguaggio vicino all'esperienza.

Lo stesso Gutjahr si chiede: «Le persone reali in carne e ossa devono ora essere sostituite da pallide idee di campi? Io penso di no» (p. 49). Io, invece, sento ogni tanto proprio questo e lo sento non solo nell'approccio di Gutjahr. Per esempio, non sono d'accordo quando leggo che esiste una relazione o un campo che soffre. Un campo o una relazione non sente, io sento ed è il mio paziente, quello “straniero sofferente” (Orange, 2011), con il quale entro in contatto, che sente e soffre. Gutjahr critica alcune formulazioni del fenomenologo Thomas Fuchs come individualistiche, perché per Fuchs «l'essere umano rimane il centro attorno al quale ruota tutto» (p. 43). Per me è esattamente così: l'essere umano è al centro, non un campo qualsiasi.

L'esperienza soggettiva era già centrale nella psicologia della Gestalt e successivamente nella terapia della Gestalt. Di conseguenza, sono d'accordo quando Gutjahr scrive: «Nessuno può semplicemente astenersi dal percepire una situazione dalla propria prospettiva in prima persona, attingendo alla propria esperienza» (p. 31).

Significa per me che due persone, Io e Te, ci incontriamo attraverso un contatto risonante e necessitiamo di un *dialogo paziente* per conoscerci e comprenderci. Ma leggo: «Non trattiamo singoli pazienti» (p. 49), «ma un campo fisicamente incarnato che inizia a cambiare nel momento in cui ne diventiamo un nuovo polo» (p. 124).

Questa prospettiva è teoricamente possibile, come, per esempio, l'affermazione neuroscientifica: “non siamo altro che neuroni che sparano”. Ma neuroni che sparano come campi, non sentono, non hanno emozioni o fanno esperienze. Fin dall'inizio, e ancor prima della nascita della terapia della Gestalt, Fritz e Lore Perls hanno sottolineato che esistiamo solo in determinati contesti, in campi in cui le influenze biologiche, psicologiche, sociologiche ecc. si intrecciano e convergono in noi come

punto nodale di questa rete, in modo che possa essere vissuta in parte e solo allora diventi “io”.

Non sono d'accordo quando Gutjahr, come altri colleghi che si concentrano sull'aspetto del campo, svaluta tendenzialmente gli approcci teorici e pratici precedenti e li dichiara superati. La terapia della Gestalt è integrativa e questo è un grande punto di forza. Non è o l'uno o l'altro, ma entrambi. Si tratta di diversi approcci clinici che hanno il loro significato e il loro posto a seconda di ciò che si sviluppa nel processo terapeutico. I cosiddetti paradigmi organismici, mono-personale, bi-personale e orientato al campo rimangono tutti importanti. Non vedo un cambiamento di paradigma. La prospettiva organismica ci ricorda, ad esempio, che siamo animali che, per quanto adattabili, necessitano di un ambiente climatico specifico e quando lavoro con un paziente *sulla* sua respirazione o sugli introietti, questo può essere un importante momento mono-personale nel processo terapeutico. Inoltre, sappiamo tutti che il fattore terapeutico decisivo è la relazione nuova e diversa, che nulla funziona davvero senza la relazione bi-personale Io-Tu nel senso di Martin Buber.

A mio avviso, si tratta di ampliare e sviluppare tutte le prospettive che sono già incluse nel nostro approccio; si tratta di *espansione, non di sostituzione*. È qui che, secondo me, gli approcci di campo, che fortunatamente sono diversi e non unificati, hanno il loro valore. Sono un prezioso ulteriore sviluppo delle intuizioni che già troviamo nei primi approcci di Fritz e Lore Perls. In questo contesto, il libro di Gutjahr, complesso ma non troppo ampio, nonostante le occasionali esagerazioni e contraddizioni che vedo, risulta essere un contributo stimolante che attraverso l'accordo o il disaccordo, può aiutare a chiarire la propria opinione sul tema del campo, per chi già ne ha una, o a farsi la propria, per chi ancora non ce l'ha.

*Bernd Bocian\**

## BIBLIOGRAFIA

Orange D. (2011). *The Suffering Stranger: Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*. London, UK: Routledge.

\* Dr. Phil/PhD, terapeuta della Gestalt, formato anche in terapia psicoanalitica e *body work* reichiano. Autore di *Fritz Perls a Berlino: 1983-1933. Espressionismo, psicoanalisi, ebraismo*, membro comitato scientifico *Quaderni di Gestalt e Gestalt Therapy Book Series*.

**CONGRESSI**

a cura di Fabiola Maggio

**Incarnazione ed ecologia nella sofferenza umana****Convegno di studio con il prof. Thomas Fuchs***Embodiment and Ecology in the Actual Sufferings of Everyday Life.**An International Seminar with Thomas Fuchs***(Siracusa, 14-15 giugno 2024)**

Il 14 e 15 Giugno 2024 nella Sala Congressi del Santuario della Madonna delle Lacrime di Siracusa si è tenuto il Convegno annuale dell'Istituto di Gestalt HCC Italy, sul tema: "Incarnazione ed ecologia nella sofferenza umana", con il patrocinio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana, dell'Ordine dei Medici della Provincia di Siracusa, dell'INDA (Istituto Nazionale del Dramma Antico), della FIAP (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia), della SIPG (Società Italiana Psicoterapia Gestalt) e del Comune di Siracusa.

Anche quest'anno il Convegno ha avuto l'onore di ospitare una personalità d'eccezione, il prof. Thomas Fuchs, uno dei massimi esponenti della psichiatria fenomenologica tedesca ed europea. Docente di Filosofia e Psichiatria all'Università di Heidelberg (Germania) nella cattedra che fu di Karl Jaspers, il prof. Fuchs è ricercatore, studioso ed esperto dei temi della fenomenologia clinica, dell'enattivismo e dell'ecologia. In dialogo col prof. Fuchs: Margherita Spagnuolo Lobb, Pietro Cavaleri, Ekkehard Tenschert, Scott Churchill, Santo Di Nuovo, Giancarlo Pintus e Valeria Rubino.

Un evento ricco di voci in cui i temi di fondo affrontati sono stati: l'isolamento narcisistico, che sembra caratterizzare non solo molti pazienti delle stanze di terapia, ma una condizione diffusa nella società contemporanea e la risposta a tale condizione da ricercare nella consapevolezza e nella riscoperta della dimensione primaria dell'uomo, in quanto essere vivente in connessione incarnata con l'altro e con l'ambiente, secondo una genuina visione fenomenologica ed ecologica.

L'intento di come "rigenerare l'umano" è stato dunque il filo conduttore che ha risuonato nei due giorni di lavori con l'attenzione interessata dei partecipanti (medici, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, educatori, docenti, allievi ed ex allievi della scuola). È stato proprio il prof. Fuchs, nella sua relazione magistrale dal titolo *Il dilemma narcisistico alla base delle attuali tecnologie*, ad aprire il tema del narcisismo collettivo mettendolo in relazione con lo sviluppo sempre più spinto verso la tecnologizzazione della vita, tendenza che sembra minare l'essenza stessa dell'uomo. Per Fuchs la struttura narcisistica dell'uomo post-moderno vede la macchina (tecnologia, AI) quale Altro nel rispecchiamento grandioso tipico del vissuto narcisistico che tradisce un senso di vuoto e solitudine esistenziale.

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

DOI: 10.3280/qg2024-2oa18698

Secondo lo psichiatra tedesco questo processo è l'esito di una abdicazione al nostro sé più profondo, in quanto si concretizza in una rappresentazione disincarnata di sé. La proposta di Fuchs a questa deriva è l'impegno globale per un nuovo umanesimo che egli definisce "incarnato", basato su una nuova cultura dei sensi: gli esseri umani non sono algoritmi, ma esseri primariamente sensoriali; essere vivi è esperienza incarnata. Per cui il superamento del narcisismo collettivo può avvenire con una nuova consapevolezza della nostra intercorporeità, attraverso quella che egli chiama "convivialità", ovvero l'essere connessi con gli altri incarnati ("solo se toccati col tatto ci sentiamo realmente in contatto con l'altro").

Dall'analisi di Fuchs è scaturito un interessante dibattito tra pubblico e relatori, in cui si sottolinea che, sebbene il potere della tecnica sembri inarrestabile, il ritorno alla nostra stessa umanità è l'unica alternativa che ci resta da seguire.

A collocare il tema nella pratica clinica lo psicoterapeuta austriaco Ekkehard Tenschert, formatore e supervisore EAGT (*European Association for Gestalt Therapy*) e ÖBVP (*Österreichische Bundesverband für Psychotherapie*), che nella relazione *Modi di incontro terapeutico in un campo narcisistico*, ha voluto evidenziare quanto la cura stia nell'accoglienza della vergogna e del senso di umiliazione che i pazienti narcisisti vivono nell'affidarsi al terapeuta e quanto sia cruciale che il terapeuta stesso possa mostrarsi agli occhi del paziente come fallibile e criticabile. Ne ricaviamo una lezione preziosa: delle difficoltà dello stare insieme si può allora parlare senza che nessuno dei due ne venga distrutto. La seconda giornata di lavori ha visto affrontare alcune forme attuali della psicopatologia contemporanea. A fare da sfondo l'intervento di Pietro Cavalieri, didatta dell'Istituto di Gestalt HCC Italy, che sulla scorta delle analisi di Hartmut Rosa (sociologo critico, esponente della Scuola di Francoforte), illustra uno scenario complementare a quello esposto da Fuchs, ma dagli stessi esiti, nel quale un'altra forma dell'alienazione tardo-capitalistica, in parallelo alla tecnologizzazione delle relazioni, è l'"Accelerazione" impressa alle vite di ciascuno di noi. L'impossibilità di soffermarsi, di stare presso di sé, non consente il processo di assimilazione (concetto già caro ai fondatori della Gestalt) e pertanto perdiamo la capacità di trasformarci e crescere umanamente. Cosa fare? Qui Rosa, Fuchs e Spagnuolo Lobb, fa notare Cavalieri, parlano, pur con le dovute differenze, la stessa lingua: propongono la "risonanza" come quella particolare forma di connessione con l'altro e la natura che può venir fuori se solo ci diamo l'opportunità di fermarci e ascoltarci nel corpo mentre siamo di fronte a un altro corpo. Quel corpo vivo che, nella sua *lecture* sui disturbi alimentari, Fuchs vede sacrificato in favore del corpo concepito quale oggetto. Quindi, non si tratta di un problema di immagine corporea, avverte lo psichiatra tedesco, ma di un conflitto tra corpo soggetto (visuto) e corpo oggetto (socializzato), dove il primo deve essere negato e controllato nelle sue trasformazioni. L'esperienza depressiva è il tema su cui si focalizza Spagnuolo Lobb nel suo intervento, dove il corpo fonte di vitalità è reso immobile, così come immobile e in stallo è il campo terapeuta/paziente. Come rintracciare l'eccitazione, l'ad-gredere che comunque è presente nel paziente depresso? Mobilitando il campo attraverso l'attivazione corporea e percettiva del terapeuta che diventa risorsa a fronte della desensibilizzazione in cui si trova il paziente. Cosa sento di fronte al paziente? Come è collegato con la vita del paziente? Come posso cambiare me stesso

per cambiare il processo? Sono le domande chiave proposte da Spagnuolo Lobb finalizzate alla rivitalizzazione del campo terapeutico. Si ribadisce, quindi, che ciò che è importante nella psicoterapia e nel sociale è il mettersi in gioco, il ri-connettersi attraverso il sentirsi e il sentire l'altro e le cose. Stiamo parlando di empatia e risonanza, due momenti e due capacità che concorrono a quella particolare forma di conoscenza che Spagnuolo Lobb ha definito Conoscenza Relazionale Estetica (2017). L'empatia come capacità innata, ma da coltivare per Santo Di Nuovo, professore emerito di Psicologia all'Università di Catania, che nel suo contributo la richiama come antidoto da contrapporre al rischio che lo sviluppo dell'IA (Intelligenza Artificiale) ci conduca ad una più globale "vita artificiale". Quell'empatia negli incontri tra esseri viventi oggetto degli studi di Scott Churchill, professore emerito di psicologia presso l'Università di Dallas, fenomenologo clinico che a seguire, in video-collegamento da Dallas (USA), nel suo contributo *Recuperare il senso della nostra presenza incarnata negli altri: Empatia, ecopsicologia e appello alla compassione*, ci porta, attraverso una serie di immagini toccanti che mostrano il contatto visivo e tattile tra alcuni animali e gli esseri umani, ad una prospettiva per certi versi inedita nel rapporto tra esseri viventi: la prospettiva in seconda persona. Dalla lezione di Lévinas, Heidegger e Merleau-Ponty, Churchill invita a uscire dal nostro solipsismo antropocentrico, per considerarci esseri viventi insieme ad altri esseri viventi, accomunati dal fatto di essere, uomini e creature, "esseri senzienti". È Giancarlo Pintus, didatta dell'Istituto di Gestalt HCC Italy, a contribuire alla discussione dal versante neurobiologico nelle esperienze di *addiction*. La stimolazione dei meccanismi neurofisiologici dei vari network del sistema cerebrale da parte degli oggetti di abuso innesca una cronicizzazione del comportamento dipendente, con la triste conseguenza della riduzione del bisogno di comunicare con il mondo. Gli studi di neurofisiologia sembrano confermare quanto la tendenza all'abuso (sostanze, gioco, virtualità) rappresenti una dis-connessione con l'altro e l'ambiente, una forma dunque di quell'isolamento narcisistico filo conduttore di tutti gli interventi delle due giornate. A chiosa di questo convegno così intenso e nutriente, ricco di letture teoriche e spunti clinici, la presentazione di un caso clinico da parte della dott.ssa Valeria Rubino, psichiatra presso l'ASP di Siracusa, psicoterapeuta e didatta dell'Istituto di Gestalt HCC Italy. Una testimonianza emotivamente partecipe del lavoro con un giovane adulto attraverso cui capiamo come in una società liquida è la psicopatologia a farsi liquida e in cui l'ancoraggio al DSM-5 risulta insufficiente se non viene integrato da una relazione terapeutica esteticamente comprensiva.

*Salvatore Greco\**

## BIBLIOGRAFIA

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

\* Psicologo, psicoterapeuta, Didatta dell'Istituto di Gestalt HCC Italy, collaboratore del Centro Clinico e di Ricerca dell'Istituto di Gestalt HCC Italy. E-mail: [salvogreco70@yahoo.it](mailto:salvogreco70@yahoo.it)

# Quaderni di Gestalt

RIVISTA SEMESTRALE DI  
PSICOTERAPIA DELLA GESTALT

*Quaderni di Gestalt* è dal 1985 la rivista italiana di psicoterapia della Gestalt. Ha dato voce al dialogo costante che l'Istituto di Gestalt HCC Italy ha attuato con la comunità psicoterapica italiana ed internazionale, nonché all'evoluzione di modelli **teorici e clinici** originali, tradotti poi all'estero. La Rivista è riconosciuta dalla Società Italiana Psicoterapia Gestalt (SIPG), fa parte della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP) e mantiene scambi scientifici con altre riviste di psicoterapia italiane ed estere. Dal 2024 è pubblicata in Open Access. Caratterizzata sin dalla fondazione dallo spirito di una comunità di apprendimento/insegnamento, la Rivista si apre al confronto multidisciplinare sul ruolo dello psicoterapeuta nella cura delle nuove forme di malessere relazionale.

Basandosi sui valori estetici come etica delle relazioni di cura e sui processi di adattamento creativo come principio di sanità, *Quaderni di Gestalt* ha l'obiettivo di mantenere la scienza vicina alla vita, la ricerca vicina ai problemi clinici. È rivolta a psicoterapeuti e a professionisti delle relazioni di aiuto.

 **FrancoAngeli**  
La passione per le conoscenze