

**volume XXXIX
2026/I**

Quaderni di Gestalt

GESTALT THERAPY JOURNAL

RIVISTA SEMESTRALE DI PSICOTERAPIA DELLA GESTALT



**Appartenenza ed autoregolazione
in psicoterapia della Gestalt**

*Belonging and Self-Regulation
in Gestalt Psychotherapy*



FrancoAngeli

Quaderni di Gestalt

GESTALT THERAPY JOURNAL

RIVISTA SEMESTRALE DI PSICOTERAPIA DELLA GESTALT



FrancoAngeli 

Comitato Direttivo/Editors in Chief: Margherita Spagnuolo Lobb (*Istituto di Gestalt HCC Italy*), Massimo Ammaniti (*Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma “La Sapienza”, Italy*); Santo Di Nuovo (*Professore emerito di Psicologia all’Università di Catania*); Antonio Narzisi (*IRCCS Fondazione Stella Maris, Italy – Università di Pisa*)

Coordinatrice di Redazione/Editorial Office: Elisa Spini

Comitato Editoriale/Editorial Board:

Dialoghi/Dialogues: Luca Pino, Martina Rossi – **Gestalt in azione/Gestalt in Action:** Elisabetta Conte, Noemi Rovetto – **Ricerche/Research:** Dario Davì, Brenda Cervellione – **Studi e modelli applicativi/Studies and Applications:** Roberta Italia, Tatiana Tuzza – **Relazioni/Presentations:** Giuseppe Sampognaro, Alessandra Vela – **Storia e identità/History and Identity:** Angela Pegna – **Recensioni/Reviews:** Silvia Tosi – **Congressi/Conferences:** Fabiola Maggio – **Commemorazioni/Memorials:** Elisa Spini

Segreteria Redazionale/Editorial Staff:

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, Virginia Vitali

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

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 Fabbri, Ph.D. (*Facoltà di Psicologia dell’Università Cattolica di Milano; Centro Alia – Milano*); Elisabeth Fivaz-Depeursinge, 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*); Thomas Fuchs, M.D. (*Università di Heidelberg, Germany*); 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 Bandín, Ph.D. (*Centro de Terapia y Psicología – CTP, Madrid, Spain*); Gordon Wheeler, Ph.D. (*Esalen Institute, Big Sur, CA, USA*); Gary Yontef, Ph.D. (*cofondatore del PGI Pacific Gestalt Institute, Los Angeles, California*).

Comitato dei Referee/Referee Committee: 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*); Andrea De Lorenzo Poz, Psy.D. (*Istituto di Gestalt HCC Italy*); Marialuisa Grech, M.D. (*Servizio per le dipendenze – Ser.D., APSS Trento*); Marco Iacono, Psy.D. (*Società Italiana di Psicoterapia Funzionale – S.I.F.*); Roberta Italia, Psy.D. (*Istituto di Gestalt HCC Italy*); Roberta La Rosa, Psy.D. (*Centro clinico e di Ricerca in Psicoterapia HCC Italy – Soc. Coop. Soc., Milano*); Salvo Librantì, 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. (*AJAS – 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 Mironi, 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*); Marina Pompei, Psy.D. (*Società Italiana di Analisi Reichiana – SIAR*); Elisa Profeta, Psy.D. (*Consultori della Fondazione Angelo Custode Onlus, Milano*); Alessandra Roccasalva, Psy.D. (*Hospice Presidio Ospedaliero Carlo Borella, ASST Vimercate*); Martina Rossi, Psy.D. (*Istituto Gift di Medicina Integrata, Pisa*); Noemi Rovetto, Psy.D. (*Istituto di Gestalt HCC Italy*); Valeria Rubino, M.D. (*Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa*); Rachele Sartorio, Psy.D., Ph.D. e AOUN (*Ospedale “P. Giaccone” Palermo*); Giovanna Triberio, Psy.D. (*Società Italiana Psicoterapia Gestalt – SIPG*); Paola Vianello, M.D. (*Associazione di Psicoterapia InContatto, Roma*).

Si ringraziano: Graziana Busso, Pietro Andrea Cavaleri, Marco Iacono, Roberta Italia, Maria Mione, Valeria Rubino per il contributo al processo di referaggio degli articoli pubblicati nell'anno 2025.

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; sito web: www.gestalt.it

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

Sito Internet Redazione/Editor's Web Site: 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, PsycINFO (Psychological Abstracts).

In copertina: Foto di Felix Mittermeier su Unsplash

Publicato con licenza Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND 4.0).

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

I link attivi e gli eventuali QR code inseriti nel volume sono forniti dall'autore. L'editore non si assume alcuna responsabilità su link e QR code ivi contenuti che rimandano a siti non appartenenti a FrancoAngeli.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunica sul sito <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>.

ISSNe 2035-6994

Amministrazione – Distribuzione: FrancoAngeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano. Tel. +39.02.2837141, e-mail: riviste@francoangeli.it.

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 141 del 20/03/2009 – Semestrale – Direttore responsabile: Giuseppe Sampognaro

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano – Stampa: Geca – Divisione Libri di Ciscra Spa, Via Belvedere 42, 20862 Arcore (MB).

I semestre 2026 – *Data di prima pubblicazione: giugno 2026*

SOMMARIO

EDITORIALE/EDITORIAL

- Appartenenza ed autoregolazione in psicoterapia
della Gestalt
di Margherita Spagnuolo Lobb pag. 7
- Belonging and Self-Regulation in Gestalt
Psychotherapy*
by Margherita Spagnuolo Lobb » 11

RELAZIONI/PRESENTATIONS

- Il campo fenomenico interattivo e lo spazio di vita: una traccia per
un concetto ecologico di psicoterapia
*The Interactive Phenomenological Field and the Space of Life:
A Sketch of an Ecological Concept of Psychotherapy*
di Thomas Fuchs » 15

GESTALT IN AZIONE/GESTALT IN ACTION

- Dipendenza affettiva e post-modernità: la crisi dell'appartenenza
Love Addiction and Post-modernity: The Crisis of Belonging
di Matteo Limiti » 33

RICERCHE/RESEARCH

- Il respiro come strumento relazionale in psicoterapia della Gestalt:
uno studio di caso singolo
*Breathing As a Relational Tool in Gestalt Therapy:
A Single Case Study*
di Gabriele Curcio e Serena Iacono Isidoro » 51

STUDI E MODELLI APPLICATIVI/ STUDIES AND APPLICATIONS

Il vissuto del terapeuta nei campi dolorosi della psicoterapia
The Therapist's Experience in the Painful Fields of Psychotherapy
di Noemi Rovetto pag. 69

STORIA E IDENTITÀ/HISTORY AND IDENTITY

La SIPG racconta: la storia della psicoterapia della Gestalt italiana.
Anna Rita Ravenna e l'Istituto di Gestalt di Firenze
SIPG Recounts: The History of Italian Gestalt Psychotherapy.
Anna Rita Ravenna and the Gestalt Institute of Florence
di Anna Rita Ravenna e Monica Pincirolì » 87

RECENSIONI/REVIEWS

Roubal J. (2025). A Gestalt Therapist's Guide Through the
Depressive Field: Giving Way to Hope. London, UK: Routledge.
(Guida di un terapeuta della Gestalt attraverso il campo depressivo.
Lasciando spazio alla speranza).
di Michele Cannavò » 103

CONGRESSI/CONFERENCES

“Recuperare l'umanità attraverso il senso del noi: la psicoterapia
della Gestalt nella cura della sofferenza quotidiana”. Seminario
internazionale con Carmen Vázquez Bandín
Milano, 14-15 Novembre 2025
*Rediscovering Humanity Through a Sense of Togetherness: Gestalt
Psychotherapy in the Treatment of Everyday Suffering*
di Francesca Gonella e Virginia Engolini » 107

Il bambino dentro e fuori di noi. La cura dell'essenziale in
Psicoterapia della Gestalt
Mondello (Palermo), 13-14 febbraio 2026
*The Child Within and Without. Focusing on the Essentials in
Gestalt Psychotherapy*
di Maria Iside Polizzi » 110

Appartenenza ed autoregolazione in psicoterapia della Gestalt*



Ponendo lo sguardo sulla varietà degli articoli contenuti in questo numero, e cercando un possibile *fil rouge* che li accomuni, mi vengono in mente i concetti di autoregolazione e appartenenza. L'una si interfaccia con l'altra.

Il vissuto di autoregolazione emotiva, di cui oggi ci parlano approfonditamente le neuroscienze e la neurobiologia dell'attaccamento (per citare solo alcuni autori: Siegel, 1999; Schore, 2025; Tronick, 2007; 2008), è alla base dello sviluppo di un senso di sé costante, coerente e stabile davanti a situazioni di stress. Questo senso di sé è garantito e garantisce un attaccamento sicuro e quindi il sentimento di appartenenza come categoria esperienziale intima e sociale. Si appartiene a ciò che da sicurezza e con cui ci si identifica. Da qualche anno, l'Istituto di Gestalt HCC Italy sta esplorando questi temi, per rispondere alle sofferenze relazionali dei nostri giorni con le categorie terapeutiche proprie del nostro approccio: il processo di contatto nella relazione terapeutica, la co-creazione del confine di contatto tra terapeuta e paziente, l'intuito di campo ed estetico del terapeuta, la vitalità che è insita in ogni sofferenza (cfr. Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021). Gli articoli pubblicati in questo numero sostengono le nostre riflessioni, sviluppandole e approfondendole.

Aprire il numero la sezione Relazioni con la traduzione di un articolo di Thomas Fuchs, "Il campo fenomenico interattivo e lo spazio di vita: una traccia per un concetto ecologico di psicoterapia". La decisione di tradurre e pubblicare questo articolo si inserisce nel dialogo ricco di connessioni e stimoli di crescita che da un paio di anni abbiamo instaurato con il professor Fuchs, filosofo e psichiatra della celebre università di Heidelberg, la "casa" di Jaspers. Risuonano pieni di interesse per noi, quasi una convalida esterna, i concetti di campo, situazione, sfondo, risonanza. Appare evidente come il nostro costrutto di Conoscenza Relazionale Estetica (Spagnuolo Lobb *et al.*,

2024) può descrivere in termini neuro-fenomenologici l'intuito del terapeuta rispetto alle modalità implicite dell'essere-nel-mondo del paziente. È proprio questo che si evince nell'intervista a Fuchs realizzata quest'anno, in concomitanza con il convegno del 20-21 marzo organizzato dalla Società Italiana Psicoterapia Gestalt (SIPG) all'Ara Pacis di Roma. Questa intervista verrà pubblicata nei prossimi numeri. Come l'autore sintetizza: «Il campo fenomenico è quindi centrato nel corpo vissuto, che funge da sfondo a ogni esperienza e come mezzo delle proprie relazioni con il mondo» (p. 106). E ancora:

Le modalità abituali o implicite del paziente di interfacciarsi con gli altri sono di nuovo agite nel “qui e ora” della relazione terapeutica e possono essere cambiate attraverso nuove esperienze (...) è soprattutto un comportamento inaspettato (e non uno concordante) del terapeuta a permettere al paziente di fare un'esperienza relazionale correttiva e rompere un *pattern* di comportamento radicato (p. 116).

L'esperimento gestaltico (cfr. Pino, 2021) può ben essere pienamente accostato a questo “comportamento inaspettato” a cui Fuchs affida il cambiamento terapeutico, e che definisco come “passo coraggioso” nel modello dei “passi di danza” (Spagnuolo Lobb, 2020).

Nella sezione Gestalt in Azione, Matteo Limiti, nell'articolo “Dipendenza affettiva e post-modernità: la crisi dell'appartenenza”, si pone la domanda: “Che senso ha parlare di dipendenza affettiva oggi, in una società nella quale domina l'eccesso di individualismo, la fatica a stare nelle relazioni, l'attenzione all'io invece che al noi?”. L'autore usa le categorie sociologiche della post-modernità per comprendere il fenomeno: «Siamo tutti più liberi ma anche più soli e privi di appartenenze che ci diano sicurezza e la certezza di essere iscritti in una storia». In questo contesto storico, la dipendenza affettiva viene ridefinita come patologia dell'appartenenza. Dopo avere esplorato due diverse tipologie di dipendenza affettiva, l'autore descrive la clinica di questo disturbo e il processo terapeutico, attraverso la narrazione di due vignette cliniche. Infine, riconduce questa sofferenza delle relazioni ad una crisi del senso stesso dell'amore, che (citando Galimberti) non può più essere inteso romanticamente come un processo passivo, in cui si riceve, ma deve evolvere verso una dimensione di cura dell'altro, non solo un ricevere ma un dare in reciprocità.

Nella sezione Ricerche, Gabriele Curcio e Serena Iacono Isidoro presentano uno studio su un caso singolo: “Il respiro come strumento relazionale in psicoterapia della Gestalt”. Pur nei limiti debitamente esposti del caso singolo, questo studio dimostra come il respiro può sostenere l'organizzazione dell'esperienza terapeutica accompagnando i cambiamenti positivi percepiti dal paziente. L'articolo è anche un esempio virtuoso di ricerca condotta da

un allievo del quarto anno con il metodo del *single case* in chiave gestaltica, supervisionato da una didatta.

Nella sezione Studi e Modelli Applicativi, Noemi Rovetto presenta l'articolo "Il vissuto del terapeuta nei campi dolorosi della psicoterapia", che indaga su come descrivere fenomenologicamente l'esperienza del terapeuta a contatto con il dolore del paziente. Analizzando le risposte di 22 terapeuti ad un questionario costruito ad hoc, l'autrice individua dimensioni comuni e macroaree. Per esempio, rispetto alla domanda "Come descriveresti il tuo vissuto emotivo quando sei a contatto con il dolore dei tuoi pazienti?", le risposte dei terapeuti rilevano delle dimensioni esperienziali condivise, che riguardano: il coinvolgimento personale e la partecipazione empatica, l'attivazione corporea, il rispetto per il dolore altrui, l'equilibrio tra empatia e distacco professionale. È un articolo che stimola, in tutti i terapeuti, di qualsiasi approccio, riflessioni interessanti sui vissuti che ci accomunano davanti al dolore dei pazienti.

Infine, nella rubrica Storia e Identità, Monica Pincirolì dialoga per la SIGP (Società Italiana Psicoterapia Gestalt) con Anna Rita Ravenna (Istituto di Gestalt di Firenze), all'interno della serie di interviste ai capiscuola italiani del nostro approccio che andiamo pubblicando in questa rivista da qualche numero. Leggere le parole dell'autrice è molto gradevole e vibrante: un esempio di psicoterapia della Gestalt incarnata.

Nella sezione Recensioni, Michele Cannavò espone e commenta il libro *A Gestalt Therapist's Guide Through the Depressive Field: Giving Way to Hope* di Jan Roubal, pubblicato nella collana inglese *Gestalt Therapy Book Series*. L'autore affronta il vastissimo tema della depressione dal punto di vista del vissuto del terapeuta, un argomento fondamentale negli approcci relazionali.

Nella sezione Congressi, Francesca Gonella e Virginia Engolini descrivono il convegno internazionale con Carmen Vázquez Bandín "Recuperare l'umanità attraverso il senso del noi: la psicoterapia della Gestalt nella cura della sofferenza quotidiana", svoltosi a novembre 2025 a Milano.

Iside Polizzi invece ci racconta il convegno "Il bambino dentro e fuori di noi. La cura dell'essenziale in Psicoterapia della Gestalt", svoltosi a Mondello (Palermo) il 13 e 14 febbraio 2026. Ambedue i convegni sono stati organizzati dall'Istituto di Gestalt HCC Italy per gli allievi della Scuola di Specializzazione.

Ripensando adesso agli articoli pubblicati in questo numero, mi colpisce particolarmente come le colleghe che hanno scritto questi due ultimi *report* siano riuscite a tradurre l'intensità esperienziale vissuta nei convegni di cui si sono occupate in un racconto verbale, senza perdere l'immediatezza e la profondità di quell'esperienza. Una cosa è vivere un'esperienza, come ci insegna Sartre, altra cosa è raccontarla. Ma riuscire a integrare le due cose è

un'arte. Mi sembra che i processi di autoregolazione e appartenenza c'entrino con questa capacità di scegliere parole incarnate, che emergano dalle sensazioni corporee e non da processi razionali. Goodman ci parla di questo nel capitolo sette di *Gestalt Therapy* intitolato "Verbalizing and Poetry".

Quando si sta pienamente al confine di contatto con l'altro, le parole che emergono ci parlano dell'esperienza corporea ed estetica, raggiungendo un livello comunicativo che è proprio della poesia. Questa competenza però presuppone un sentimento di autoregolazione e di appartenenza. Si tratta di un compito che ogni psicoterapeuta affronta nel momento in cui cerca di alleviare la sofferenza di un paziente: le parole sono potenti regolatori quando danno senso a ciò che accade. Come terapeuti, siamo chiamati ad un lavoro *bottom-up*, di sintonizzazione con le emozioni e creazione di una nuova narrazione che salvi la vitalità insita in ogni dolore percepito e in ogni trauma.

Tutti gli articoli contenuti nel presente numero ci parlano in qualche modo di questa arte.

Buona lettura!

Margherita Spagnuolo Lobb
Giugno 2026

BIBLIOGRAFIA

- Pino L. (2021). Esperimento: estetica e reciprocità nella clinica contemporanea. *Quaderni di Gestalt*, XXXIV, 1: 109-119. DOI: 10.3280/GEST2021-001012
- Schore A.N. (2025). *Lo sviluppo della mente inconscia*. Milano: Raffello Cortina (ed. or.: *The Development of the Unconscious Mind*. New York, NY: W.W. Norton & Co., 2019).
- Siegel D.J. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York, NY: Guilford Press.
- 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 (ed. or.: From Losses of Ego Functions to the Dance Steps between Psychotherapist and Client. Phenomenology and Aesthetics of Contact in the Psychotherapeutic Field. *British Gestalt Journal*, 26, 1: 28-37, 2017).
- Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A. (2021). *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli (trad. ingl.: *Psychopathology of the Situation. Gestalt Therapy in the Clinical Fields of Human Relations*. London, UK: Routledge, 2023).
- Spagnuolo Lobb M., Riggio F., Savia Guerrera C., Sciacca F., Di Nuovo S. (2024). The Aesthetic Relational Knowing of the Therapist: Factorial Validation of the ARK-T Scale Adapted for the Therapeutic Situation. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 12, 2. DOI: 10.13129/2282-1619/mjcp-4144
- Tronick E.Z. (2007). *The Neurobehavioral and Social-emotional Development of Infants and Children*. New York, NY: W.W. Norton & Co
- Tronick E.Z. (2008). *Regolazione emotiva. Nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina.

Belonging and Self-Regulation in Gestalt Psychotherapy



Looking across the diverse articles in this issue and reflecting on the common thread that connects them, it seems to me that the concepts of self-regulation and belonging provide that unifying theme. One interfaces with the other, and vice versa. The experience of emotional self-regulation which neuroscience and the neurobiology of attachment now explore in depth (see for instance: Siegel, 1999; Shore, 2025; Tronick, 2007; 2008) forms the foundation for developing a consistent, coherent, and stable sense of self in the face of stressful situations. This sense of self is both grounded in and supportive of secure, thereby fostering a sense of belonging as an intimate and social experiential category. We feel a sense of belonging toward what gives us a sense of security and with which we identify. For several years now, the HCC Italy Gestalt Institute has been exploring these themes, to address the relational suffering of our times, using the therapeutic categories specific to our approach: the process of contact in the therapeutic relationship, the co-creation of the contact boundary between therapist and patient, the therapist's field and aesthetic intuition, and the vitality inherent in all suffering.

The issue opens with the "Presentations" section, featuring a translation of an article by Thomas Fuchs, "The Interactive Phenomenal Field and the Space of Life: A Sketch of an Ecological Concept of Psychotherapy." The decision to translate and publish this article stems from the rich dialogue, full of connections and opportunities for growth, that we have established over the past couple of years with Professor Thomas Fuchs, a philosopher and psychiatrist at the renowned University of Heidelberg, long associated with Jaspers. The concepts of field, situation, ground, and resonance resonate deeply with us, almost serving as a form of independent confirmation. Furthermore, it is clear how our construct of aesthetic relational knowledge (Spagnuolo Lobb *et al.*, 2024) can describe, in neuro-phenomenological terms, the therapist's intuition regarding the implicit modalities of the patient's being-in-the-world. This is evident in a recent exchange, an interview with Professor Fuchs conducted during the March 20-21, 2026 conference organized by the Italian Society of Gestalt Psychotherapy (SIPG) at the Ara

Pacis in Rome, which will be published in upcoming issues. As the author puts it: «The phenomenal field is thus centered in the lived body, which functions as the background of all experience, and as the medium of one's relations to the world» (p. 106). And again:

The patient's habitual or implicit ways of relating to others are reenacted in the "here and now" of the therapeutic relationship and may be changed through new experiences. In such a view, it is not so much the explicit past that is in the focus of the therapeutic process but rather the implicit past which organizes and structures the patient's phenomenal field of relating to others. As we have seen, however, it is frequently not a concordant but rather precisely a nonexpected behavior of the therapist which allows the patient to make a corrective relational experience and to break out of ingrained behavior patterns (p. 116).

The Gestalt experiment (see Pino, 2021) can well be equated with this "unexpected behavior" to which Fuchs attributes therapeutic change, and which I define as a "bold step" in the "dance steps model" (Spagnuolo Lobb, 2020).

In the "Gestalt in Action" section, Matteo Limiti, in his article "Love Addiction and Post-modernity: The Crisis of Belonging" asks: "What is the point of talking about emotional dependency today, in a society dominated by excessive individualism, the struggle to maintain relationships, and a focus on the 'I' rather than the 'we'?" The author uses sociological categories of postmodernity to understand the phenomenon: "We are all freer, but also lonelier, deprived of the affiliations that provide security and a sense of belonging to a shared history". In this historical context, emotional dependency is defined as a pathology of belonging. After exploring two different types of emotional dependency, the author describes the clinical presentation of this disorder and the therapeutic process, citing two clinical examples. Finally, he traces this relational suffering back to a crisis in the very meaning of love, which (quoting Galimberti) can no longer be understood romantically as a passive process in which one receives but must become care for the other – not receiving but giving.

In the Research section, Gabriele Curcio and Serena Iacono Isidoro present a single-case study: "Breathing as a Relational Tool in Gestalt Therapy: A Single Case Study". Despite the described limitations of single-case studies, this research demonstrates how breathing can support the organization of the therapeutic experience by accompanying the positive changes perceived by the patient. The article also serves as an exemplary model of research conducted by a fourth-year student using the single-case method from a Gestalt perspective, supervised by a trainer.

In the Studies and Applied Models section, Noemi Rovetto presents the

article “The Therapist’s Experience in the Painful Fields of Psychotherapy”, which explores how to phenomenologically describe the therapist’s experience when confronted with the patient’s suffering. By analyzing the responses of 22 therapists to a specially designed questionnaire, the author identifies common dimensions and broad categories. For example, in response to the question “How would you describe your emotional experience when you are in contact with your patients’ pain?”, she identifies shared experiential dimensions concerning: personal involvement and empathic participation, bodily arousal, respect for others’ pain, and the balance between empathy and professional detachment. This article prompts all therapists to reflect on the shared experiences we all have when faced with our patients’ pain.

Finally, in the “History and Identity” section, Monica Pincirolì speaks on behalf of the SIPG (Italian Association of Gestalt Psychotherapy) with Anna Rita Ravenna (Florence Gestalt Institute), as part of the series of interviews with leading Italian figures in our approach that we have been publishing in this journal for the past few issues. Reading the author’s words is a very pleasant and vibrant experience: an example of Gestalt psychotherapy in action.

In the Reviews section, Michele Cannavò presents and comments on the book *A Gestalt Therapist’s Guide Through the Depressive Field: Giving Way to Hope* by Jan Roubal, published in the Gestalt Therapy Book Series, edited by Gestalt Institute HCC Italy and published by Routledge. The author addresses the vast topic of depression from the perspective of the therapist’s experience, a fundamental subject in relational approaches.

In the Conferences section, Francesca Gonella and Virginia Engolini describe the international conference with Carmen Vázquez Bandín titled “Rediscovering Humanity Through a Sense of Togetherness: Gestalt Psychotherapy in the Treatment of Everyday Suffering”, held in November 2025 in Milan.

Iside Polizzi, on the other hand, reports on the conference “The Child Within and Without. Focusing on the Essentials in Gestalt Psychotherapy”, held in Mondello (Palermo) on February 13 and 14, 2026. Both conferences were organized by the Gestalt Institute HCC Italy.

Reflecting on all the articles published in this issue, I am particularly struck by how the colleagues who wrote these two reports managed to translate the experiential intensity of the conferences they participated into a verbal narrative, without losing the immediacy and depth of that experience. It is one thing to have an experience, after all, and quite another to recount it, as Sartre reminds us. But managing to integrate the two is an art.

It seems to me that the processes of self-regulation and belonging are

linked to the ability of choosing words that emerge from bodily sensations, rather than from purely rational processes – as Goodman describes in Chapter 7 of *Gestalt Therapy*, “Verbalizing and Poetry”. When we are fully present at the contact boundary with another person, the words that emerge speak to us of the body and aesthetic experience, reaching a level of communication that is unique to poetry. This skill, however, requires a sense of self-regulation and belonging.

This is a task that every psychotherapist faces when seeking to alleviate a patient’s suffering: words are powerful regulators when they give meaning to what is happening. As therapists, we are called to engage in bottom-up work – tuning into emotions and creating a new narrative that preserves the vitality inherent in every perceived pain and every trauma.

All the articles in this issue speak to us in some way about this art.
Enjoy the read!

Margherita Spagnuolo Lobb
June 2026

REFERENCES

- Pino L. (2021). Esperimento: estetica e reciprocità nella clinica contemporanea. *Quaderni di Gestalt*, XXXIV, 1: 109-119. DOI: 10.3280/GEST2021-001012
- Schore A.N. (2025). *Lo sviluppo della mente inconscia*. Milano: Raffello Cortina (ed. or.: *The Development of the Unconscious Mind*. New York, NY: W.W. Norton & Co., 2019).
- Siegel D.J. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York, NY: Guilford Press.
- 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 (ed. or.: From Losses of Ego Functions to the Dance Steps between Psychotherapist and Client. Phenomenology and Aesthetics of Contact in the Psychotherapeutic Field. *British Gestalt Journal*, 26, 1: 28-37, 2017).
- Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A. (2021). *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli (trad. ingl.: *Psychopathology of the Situation. Gestalt Therapy in the Clinical Fields of Human Relations*. London, UK: Routledge, 2023).
- Spagnuolo Lobb M., Riggio F., Savia Guerrera C., Sciacca F., Di Nuovo S. (2024). The Aesthetic Relational Knowing of the Therapist: Factorial Validation of the ARK-T Scale Adapted for the Therapeutic Situation. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 12, 2. DOI: 10.13129/2282-1619/mjcp-4144
- Tronick E.Z. (2007). *The Neurobehavioral and Social-emotional Development of Infants and Children*. New York, NY: W.W. Norton & Co
- Tronick E.Z. (2008). *Regolazione emotiva. Nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina.

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

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

Thomas Fuchs**



[Ricevuto il 12 gennaio 2026

Accettato per la stampa il 13 febbraio 2026]

Abstract

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

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

* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

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

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

Note biografiche dell'autore in fondo al saggio.

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

DOI: 10.3280/qg2026-10a22557

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

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

Riassunto

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

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

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

1. Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

2. Concetti fenomenologici

2.1. Campo fenomenico e memoria del corpo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Spazio di vita

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Il campo psicopatologico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Il campo fenomenico in psicoterapia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Conclusione

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

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

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

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

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

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

Traduzione di
Mattia Romano*

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

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

Dipendenza affettiva e post-modernità: la crisi dell'appartenenza*

*Love Addiction and Post-modernity:
The Crisis of Belonging*



Matteo Limiti**

[Ricevuto il 13 luglio 2025]

[Accettato per la stampa il 25 ottobre 2025]

Abstract

After a brief diagnostic and terminological overview, this article focuses on exploring the construct of love addiction as a pathology of belonging, placing the concept within the broader socio-cultural framework of post-modernity or liquid modernity. The presence of a background marked by the precariousness of belonging experiences, further supported on a developmental level by a lack of primary attunement, promotes the development of a figure – love addiction – characterized by pathological forms of belonging. The theoretical framework is the Gestalt theory of addiction, according to the interpretation of the Gestalt Institute HCC Italy, and the core concepts of this model: creative adjustment, the theory of polyphonic development of domains, Aesthetic Relational Knowing, figure-ground dynamics and self-theory. The article delves into the notions of tenuous belonging and toxic belonging as different types of dysfunctional belonging within love addiction. The former is typical of stagnant, monotonous relationships where a static dynamic prevails, difficult to change. The latter involves the emotional highs and lows of intense and destructive relationships and may be associated with gender-based violence. The article then addresses therapeutic pathways, which must first and foremost be sought in the construction of a positive experience of self-belonging, which again goes hand in hand with belonging to the therapeutic relationship. This is not an easy experience to achieve, precisely because of the difficulty of love-addicted people in trusting and authentically engaging in intimacy with their therapist. The article then emphasizes the importance of enriching the patient's background of belonging, in order to later focus

* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

** Istituto di Gestalt HCC Italy. Via G.P. da Palestrina 2, 20124 Milano. E-mail: matteo.limiti@yahoo.com

Note biografiche dell'autore in fondo al saggio.

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

DOI: 10.3280/qg2026-10a19975

on the figure – namely, the tenuous or toxic belonging – that may be desirable for the patient to dissolve. Finally, the author concludes with a reflection on the return of the concept of “community,” understood as a natural and therapeutic experience of belonging, which must be founded not on fear that identifies a common external enemy, but on solidarity and intimacy.

Keywords: Love addiction, post-modernity, belonging, figure-ground organization, creative adjustment.

Riassunto

Dopo un breve inquadramento diagnostico e terminologico, l'articolo si focalizza sull'esplorazione del costrutto di dipendenza affettiva come patologia dell'appartenenza, collocandolo nel più ampio contenitore socio-culturale della post-modernità e nella sua cornice evolutiva. Il riferimento teorico è la teoria gestaltica dell'*addiction*, secondo la declinazione dell'Istituto di Gestalt HCC Italy, e i concetti cardine di questo modello: l'adattamento creativo, la teoria dello sviluppo polifonico dei domini, la Conoscenza Relazionale Estetica, la dinamica figura-sfondo e la teoria del sé. Si approfondiscono poi l'appartenenza tenue e l'appartenenza tossica come differenti tipologie di appartenenza disfunzionale nella dipendenza affettiva. Il lavoro prosegue affrontando le traiettorie terapeutiche tra costruzione di plurime e autentiche appartenenze, arricchimento dello sfondo e lavoro sulla figura. Si conclude, infine, riflettendo sul ritorno del concetto di “comunità”, intesa come naturale e terapeutica esperienza di appartenenza che ha bisogno di fondarsi non sulla paura e l'identificazione di un comune nemico esterno ma sulla solidarietà e l'intimità.

Parole chiave: Dipendenza affettiva, post-modernità, appartenenza, dinamica figura-sfondo, adattamento creativo.

1. Introduzione

Già nel 1945 Fenichel aveva utilizzato l'espressione *love addicts* per riferirsi a coloro che necessitano dell'amore come una droga, anche se altre fonti (Antonelli, 2022) fanno risalire l'origine del nome a Peele e Brodsky e al loro libro “Love and addiction” (1975). L'argomento diventa popolare a partire dal 1985, con la pubblicazione del *best-seller* “Donne che amano troppo” della psicoterapeuta americana Norwood. Da allora si sono susseguite varie pubblicazioni, dal taglio scientifico o divulgativo, sebbene a oggi non ci sia ancora «un completo accordo neppure sul nome del disturbo» (Antonelli, 2022, p. 35) e la dipendenza affettiva non sia «inserita in alcun manuale diagnostico, perciò non esistono criteri ufficiali per poterla diagnosticare» (Ivi, p. 37). Tale quadro clinico parrebbe allora una disfunzione della relazione di carattere trans-diagnostico e dunque potenzialmente rintracciabile in diverse personalità, non necessariamente patologiche, secondo i criteri stabiliti nel DSM 5 (Pugliese *et al.*, 2019). In assenza di una definizione

univoca e universalmente accettata, possiamo fare riferimento al contributo di Reynaud *et al.* (2010) i quali propongono criteri simili a quelli della dipendenza da sostanze secondo il DSM-IV. Già Norwood (1985), in realtà, aveva paragonato la *love addiction* alla dipendenza da sostanze, avanzando un parallelismo con l'alcolismo. Anche a livello neurobiologico le somiglianze con le tossicodipendenze sono state avvalorate da numerosi studi (Bartels e Zeki, 2000; 2004; Fisher *et al.*, 2003; 2010; Aron *et al.*, 2005; Ortigue *et al.*, 2007; Acevedo *et al.*, 2011; Xu *et al.*, 2011). In Italia, un collega che a mio avviso ha trattato la dipendenza affettiva in modo originale e sfaccettato è Borgioni (2015), che ne ha approfondito la relazione con il concetto di contro-dipendenza analizzandone la frequente complementarità. Per un approfondimento circa il dibattito odierno attorno a tale costrutto, e un tentativo di definizione in chiave gestaltica, rimando ad un mio precedente contributo (Limiti, 2019). Nel presente scritto cercherò invece di ampliare la riflessione sulla dipendenza affettiva come disturbo dell'appartenenza, analizzandone le possibilità terapeutiche alla luce di questa nuova concettualizzazione.

2. Lo sfondo socio-culturale

La trattazione che propongo parte da una domanda di fondo, alla quale cercherò di rispondere: che senso ha, oggi, parlare di dipendenza affettiva in una società nella quale domina l'eccesso di individualismo, la fatica a stare nelle relazioni, l'attenzione all'io invece che al noi? Pare che il problema attuale sia costruire legami solidi e duraturi e non, al contrario, svincolarsi da appartenenze troppo strette che condizionano l'espressione di sé. Seguendo tale ragionamento la dipendenza affettiva sarebbe un costrutto anacronistico, non sorretto da uno sfondo socio-culturale che la legittimi come disturbo della nostra epoca. Eppure, i clinici la incontrano quotidianamente nelle stanze di terapia e, a livello scientifico e divulgativo, l'argomento suscita un interesse sempre maggiore. Per comprendere come mettere insieme l'apparente contraddizione tra lo spirito del nostro tempo, "liquido" e individualista, e la dipendenza affettiva, statica e relazionale, dobbiamo soffermarci a parlare di appartenenza.

Oggi viviamo certamente in una società individualista, dove il soggetto è al centro del sistema valoriale. Il processo di «individualizzazione» (Elias, 1987), iniziato con l'avvento della modernità, aveva sin dai suoi albori l'obiettivo di affrancare l'uomo divenuto individuo da tradizioni, usanze, costumi che ne limitavano la libera espressione e l'agire personale. Si passa da un accento sulla dimensione collettiva – l'individuo che, senza gruppo, non

ha speranza di sopravvivenza (l'Identità-Noi, secondo Elias) – a un esclusivo interesse alla dimensione individuale dell'autorealizzazione (l'Identità-Io).

Questo processo prosegue e si radicalizza nella post-modernità - concetto introdotto da Lyotard nel suo “La condizione postmoderna. Rapporto sul sapere” (1979) – sino ad accarezzare l'ideale della completa autosufficienza. Nell'opera succitata, il filosofo francese sostiene che la modernità è ormai giunta a compimento e le categorie utilizzate per descriverla e comprenderla sono del tutto inadatte a cogliere il nuovo scenario che si va profilando. La pretesa di racchiudere l'intera realtà in un principio unitario (si pensi all'Illuminismo, poi all'Idealismo e, infine, al Marxismo) si è esaurita. Se poi consideriamo anche la crisi religiosa e della famiglia, tradizionalmente e patriarcalmente intesa, si delinea un quadro dove sia il sapere filosofico sia i riferimenti ideologici, un tempo onnicomprensivi e rassicuranti, sono oggi parziali, instabili, frammentati. Bauman (2002) preferisce la metafora della liquidità per analizzare la realtà postmoderna: «Quella che tempo fa era stata (erroneamente) etichettata come “post-modernità”, e che io ho preferito chiamare, in modo più pertinente, “modernità liquida”, è la convinzione sempre più forte che l'unica costante sia il cambiamento e l'unica certezza sia l'incertezza» (p. VII).

Questo senso di precarietà e liquidità è lo sfondo del caos identitario, della fluidità e dell'inconsistenza dell'immagine di sé che caratterizzano molte delle psicopatologie odierne. L'individualismo e la non-appartenenza sembrano essere così radicali da intaccare ogni ambito della nostra esistenza. Si pensi, ad esempio, al declino della piazza o del cortile come spazi relazionali e antropologici, oggi sempre più sostituiti da «nonluoghi» (Augé, 1992), contenitori anonimi e senz'anima, deputati non tanto all'incontro ma al transito solitario e al consumo. E, come avviene nelle piattaforme di *e-commerce*, si tratta spesso di luoghi dove “passeggiamo senza corpo”, come utenti e non come soggetti, consumiamo e ce ne andiamo. Anche la flessibilità lavorativa – è infatti sempre più raro mantenere la stessa occupazione per l'intera carriera lavorativa – rende difficile stabilire un senso di appartenenza al luogo di lavoro. Chi scrive è un libero-professionista abituato ad avere tante collaborazioni nello stesso momento, che sicuramente allentano la fidelizzazione. Persino quello lavorativo rischia allora di diventare un luogo di transito o, addirittura, uno spazio intangibile come prefigurato dallo *smart-working*. Se ci spostiamo sull'arena sociale, non possiamo non rimarcare come la conquista di alcuni diritti sociali fondamentali abbia allentato l'azione politica collettiva e la crisi dell'appartenenza a classi sociali (es. proletariato) o a minoranze in cerca di riscatto. Non che siano scomparse le disuguaglianze socio-economiche ma, oggi, si combatte da soli: il destino individuale è nelle mani del singolo, che sembra affidarsi sempre meno a forze politiche o sindacali.

D'altro canto, la diffusione della psicologia, o per lo meno di una certa psicologia, ha contribuito a dare «soluzioni biografiche a contraddizioni sistemiche» (Bauman, 2002, p. 31) trasformando le cause esterne in fallimenti personali che possono essere curati. Se cessa qualsiasi discorso sulle ingiustizie insite nel sistema economico-sociale, il biasimo finisce per rivolgersi solo a se stessi e alle proprie responsabilità. Non si tratta qui di pervenire a una critica feroce della società odierna esitando, quindi, in un rimpianto dei tempi passati. Occorre però prendere atto che, se la liberazione dai vincoli della tradizione ha aperto lo spazio alla felicità, alla ricerca di sé e del proprio desiderio, d'altro canto ha atomizzato le esistenze che, se falliscono in questo progetto individuale, mancano totalmente di un respiro collettivo.

3. La dipendenza affettiva come patologia dell'appartenenza

La dipendenza affettiva si staglia allora da uno sfondo socio-culturale carico di solitudine, individualismo, mancanza di appartenenza politica, sociale, lavorativa, relazionale. Di *love addiction* si parla solo adesso perché è relativamente da poco che si è raggiunta la parità dei diritti: ai tempi del matrimonio riparatore e prima ancora della legge sul divorzio nominare la dipendenza affettiva non avrebbe avuto alcun senso. Abbiamo assistito allora a un cambiamento fondamentale: da un amore vincolante, basato sulla promessa (non revocabile) di eternità, a uno più libero, negoziato, centrato sull'accordo e non sulla costrizione. Anche le biografie femminili, da standardizzate e ascritte in base al genere, sono diventate finalmente plurali, contraddittorie. Siamo tutti più liberi ma anche più soli e privi di appartenenze che ci diano sicurezza e la certezza di essere iscritti in una storia. La post-modernità è allora l'epoca delle appartenenze precarie, laddove quelle del passato costituivano un sistema di significazione solido e rassicurante (anche se, talvolta, costrittivo). Di fronte a queste appartenenze fluide, consumistiche, superficiali, permane un bisogno di sicurezza, intimità e calore che rischia di rimanere disatteso. Ma una vita così disimpegnata non è affettivamente sostenibile. Ne conseguono allora una profonda mancanza di senso e un vissuto radicale di angoscia. Per questo motivo ci accontentiamo di finte appartenenze, vicinanze dettate dalla paura della solitudine più che da una spontanea e intenzionata attivazione corporea che ci porti "verso". Oppure perfino appartenenze disfunzionali, perché essere in una relazione (ovvero vivere un'esperienza di appartenenza, per quanto infelice) è sempre meglio che stare da soli. La *love addiction* sembra essere allora una *patologia dell'appartenenza*: un'appartenenza forzata, e non spontanea, dettata dall'incapacità di costruire una o più appartenenze autentiche. Il problema è che

un'appartenenza forzata non sarà mai un'esperienza di intimità: ecco perché i dipendenti affettivi sono alle prese con i loro *unfinished business*¹ (Serok, 1985; Perera-Diltz *et al.*, 2012; Vidakovic, 2013) e alla ricerca di un senso di pienezza che però non riescono a realizzare. Le patologie dell'appartenenza, allora, non sono solo proprie di quegli assetti distanzianti (il non riuscire ad appartenere, ad esempio, per paura dell'intimità) ma includono anche quelle appartenenze fittizie dove l'intimità emotiva non è mai raggiunta proprio perché cercata a tutti i costi e nel posto sbagliato. A mio avviso ci sono due tipi di appartenenza patologica nella dipendenza affettiva. La prima, che potremmo chiamare *appartenenza tenue*, la incontriamo quando si appartiene senza vitalità. Questa è la dipendenza affettiva delle relazioni "spente", che rimangono in piedi per incastri affettivi stagnanti. Ad esempio, ci imbattiamo in essa nelle relazioni di co-dipendenza² e dipendenza reciproca dove la cura sacrificale prevale su tutto e porta al totale annullamento di sé. In questo caso si appartiene a qualcosa che però non permette di esprimere la propria energia, non sostiene l'andare "verso". Spesso in tali legami è presente l'affetto, che ha un sapore prettamente fraterno, ma anche la frustrazione per una pienezza che non si riesce a raggiungere. La spontaneità porterebbe "lontani da", proprio per l'incapacità autentica di "essere-con". Ma si è come imbrigliati e invischiati, spaventati all'idea di doversi ridefinire senza più avere una relazione come stampella di un fragile sé. E poi c'è l'*appartenenza tossica*, elettrizzante, quella che fa sentire il fuoco che ora eccita ora brucia, che dà emozioni potenti ma non riscalda come la fiamma lenta ma costante di un camino sempre acceso. Anche la passione senza uno sfondo solido alla lunga stanca ma quando il dipendente affettivo se ne accorge non riesce comunque a tirarsi fuori da quelle sensazioni forti, ostinatamente spera che l'altro ci tenga a lui/lei, che possa finalmente cambiare.

¹ Con *unfinished business* si intendono quelle esperienze passate che non sono state pienamente elaborate e integrate: tutto ciò che rimane incompleto, tende a ritornare in figura e a premere per una "chiusura" (Perls, 1969). Per questo motivo i dipendenti affettivi sono alla disperata ricerca di esperienze di appartenenza che non sono riusciti a realizzare nelle loro relazioni primarie. Ma finché non prenderanno consapevolezza della loro ferita d'amore, e delle proprie modalità disfunzionali per sanarla, non riusciranno a completare questi *unfinished business*.

² La co-dipendenza è una forma di relazione in cui il funzionamento emotivo e identitario di una persona diventa eccessivamente legato ai bisogni, ai comportamenti o ai problemi di un'altra, al punto che il proprio benessere dipende quasi totalmente dal prendersi cura, controllare o salvare l'altro. Storicamente il concetto è stato elaborato negli studi sulle famiglie con dipendenze patologiche, in particolare nei contesti di alcolismo collegati al lavoro di *Alcoholics Anonymous* e dei gruppi per familiari come *Al-Anon Family Groups*. In questo ambito si osservava che il *partner* o il familiare del soggetto dipendente sviluppava a sua volta schemi relazionali di iper-responsabilità, controllo e auto-annullamento.

Questi sono veri e propri meccanismi dissociativi che permettono l’evitamento di stati mentali dolorosi che il soggetto non sarebbe in grado di accettare ed elaborare. E anche qui, poi, la relazione definisce un sé fragile che senza l’altro è come se non esistesse: chi sono io, se non sono più in coppia con lui/lei? Nell’*appartenenza tossica* non si riesce a chiudere un rapporto nemmeno dopo ripetute “pugnalate”: tradimenti, manipolazioni, promesse non mantenute. Questa è la dipendenza affettiva più spesso associata alla violenza di genere. Il problema è l’angoscia dell’abbandono. Se nel primo tipo c’è un eccesso di cura, di prevedibilità, nell’*appartenenza tossica*, al contrario, c’è un’assenza di *care*, l’imprevedibilità è totale. Se nell’*appartenenza tenue* anche il sesso lo è altrettanto, qui è spesso passionale, usato come moneta di scambio per barattare un po’ di affetto e calore. Se nel primo tipo domina il sacrificio, nell’*appartenenza tossica* si ha la sensazione che l’altro non appartenga mai veramente. Questo secondo sottotipo è quello tipico delle vittime di *gaslighting*, condizione nella quale i meccanismi perversi, tipici di alcuni funzionamenti (sadici, psicopatici, ecc.), portano individui che già abitualmente dubitano di se stessi a mettere in discussione persino le proprie percezioni (Cantelmi *et al.*, 2021). Attenzione: sia l’*appartenenza tenue* sia quella *tossica* sono in realtà appartenenze “forti”, dalle quali si fatica a staccarsi proprio per l’incapacità di rinunciare a un’esperienza di appartenenza seppur insoddisfacente o addirittura dolorosa e violenta. Le differenze tra i due sottotipi riguardano allora altre variabili, come la tipologia di incastro relazionale o il livello energetico implicato. Dal punto di vista neurobiologico possono attivarsi sia il sistema di attaccamento (*Panic system*), elicitato da emozioni di paura e caratterizzato dalla ricerca di vicinanza e protezione, sia quello complementare dell’accudimento (*Care system*), attivato a scopi di offerta di cura (Panksepp e Biven, 2012). La predominanza dell’uno o dell’altro dipende naturalmente dalle dinamiche relazionali sottese alla «collusione di coppia» (Willi, 1982). In entrambi i casi, comunque, non si riesce a chiudere la propria *gestalt* e a raggiungere quel senso di pienezza tanto agognato. Se prestiamo attenzione anche a una dimensione evolutiva, possiamo ipotizzare che la desintonizzazione del *caregiver* al confine di contatto (Pintus e Pappalardo, 2019), spesso alla base delle dipendenze patologiche, abbia contribuito, in quei bambini divenuti poi adulti *love addicted*, al mancato sviluppo di una positiva esperienza di appartenenza nelle relazioni primarie.

Possiamo quindi concludere che la dipendenza affettiva è coerente con lo sfondo socio-culturale odierno che non sostiene la costruzione di molteplici e autentiche esperienze di appartenenza. Il senso di angoscia e solitudine che ne deriva portano molti individui, con tratti personologici di fragilità, vulnerabilità pregresse ed esperienze primarie di accudimento carente o mancanza

di riconoscimento, ad accontentarsi di “un’appartenenza qualunque” che diviene figura fissa incapace di retrocedere sullo sfondo anche quando ha esaurito la propria carica vitale. La dipendenza affettiva è allora una patologia dell’appartenenza perché la “sinfonia” di competenze relazionali che il paziente attualizza nel qui-e-ora (Spagnuolo Lobb, 2011; 2012) non gli permette di portare a compimento la propria intenzionalità di contatto, di “ag-gredire” l’ambiente compiendo scelte piene e sentite: ne consegue che non può che appartenere in modo *tenue* oppure *tossico*.

4. L’appartenenza come cura della dipendenza affettiva

La salute mentale viene sostenuta dalla capacità di appartenere e sciogliere continuamente le nostre appartenenze che hanno esaurito la propria carica vitale, seguendo il fluire della vita. La patologia subentra quando il processo di ricombinazione di nuove figure si irrigidisce e un’appartenenza, *tenue* o *tossica*, diviene un’appartenenza assoluta. Pensare che un’unica appartenenza possa saturare tutti i nostri bisogni di appartenenza, è tipico della dipendenza affettiva. La cura, allora, non può che essere sviluppare molteplici e autentiche esperienze di appartenenza. Nella migliore delle ipotesi si assiste comunque a una grande ambivalenza da parte del paziente: il desiderio di prendersi cura di sé ma senza la piena volontà di lasciare l’oggetto della dipendenza, la ricerca di un rapporto totalizzante col terapeuta ma l’incapacità di affidarsi a lui fino in fondo.

La prima e fondamentale appartenenza è quella a se stessi. Appartenere a se stessi significa poter esprimere il proprio sé più autentico, non in modo strategico e finalizzato a ottenere un po’ di attenzione e riconoscimento. Ma il dipendente affettivo pone sempre nell’altro il proprio baricentro, che cerca di controllare per garantirsi vicinanza e protezione. È convinto che per non perdere l’altro debba sacrificare la propria natura ovvero fare ciò che l’altro si aspetta da lui. In terapia sono spesso pazienti che cercano di ingraziarsi il terapeuta, convinti che così facendo non verranno abbandonati. Soprattutto all’inizio tendono a mostrarsi come “bravi pazienti”, accondiscendenti e compiacenti, ma anche in uno stato di ipervigilanza costante. Non sanno affidarsi all’altro (intimità) ma l’unica modalità relazionale che conoscono è quella del controllo. Non di rado possono anche tirare fuori rabbia (attiva o passiva) come contraltare di una facciata conciliante – solitamente quando non vedono i propri bisogni accolti e ricambiati, come credono di meritare, e in contrapposizione a una prima fase di idealizzazione e confluenza³. Ciò che si richiede al

³ In psicoterapia della Gestalt, la modalità di contatto della confluenza è «la capacità di

terapeuta è allora di essere aperto all'accettazione di questa svalutazione e, contestualmente, di non colpevolizzare il paziente per quello che sta esternando poiché, riuscire a portare la propria rabbia nel campo, è un fatto importante. Questo passaggio, infatti, implica la fiducia nella propria capacità di incontrare l'altro senza deluderlo, distruggerlo o essere a propria volta delusi o distrutti dalla reazione del terapeuta.

Insomma, la prima e fondamentale esperienza di appartenenza da insegnare a un dipendente affettivo è quella a se stesso, che vuol dire autostima, fiducia nel proprio sentire, abbandono del controllo altrui come strumento per mantenere il legame. Ciò si realizza facendo avvertire al paziente la sensazione che il terapeuta è qualcuno di cui ci si può fidare: è possibile quindi rilassarsi, allentare il controllo, lasciare che il proprio relazionarsi spontaneo e intenzionato (e non più ansioso) diventi figura. Solo così si apre all'intimità col proprio terapeuta e con se stesso: tale capacità di capirsi, sintonizzarsi, appartenersi, volersi bene e darsi un po' di calore anche da soli, crescerà di pari passo con la possibilità di co-costruire una danza con il terapeuta (Spagnuolo Lobb, 2021) nella quale sentire calore, sintonizzazione, reciprocità e appartenenza nella relazione terapeutica.

La dipendenza affettiva è un adattamento creativo che esprime il bisogno di mantenere sempre e comunque il legame perché l'altro è necessario alla definizione di sé (Limiti, 2019). L'intenzionalità è dunque l'ottenimento di quel riconoscimento, di quella convalida empatica che non si è mai avuta e che viene dunque cercata a tutti i costi: un bisogno assoluto che diviene figura fissa incapace di retrocedere sullo sfondo. Il sé⁴ nella *love addiction* si caratterizza per una funzione-es desensibilizzata che impedisce alla persona di sostare nell'attesa, fiduciosa di una nuova attivazione spontanea, ma la porta invece a colmare i suoi vuoti attraverso un'appartenenza fonte di sofferenza o priva ormai di carica vitale. Ciò accade perché la persona fatica a riconoscere ciò di cui ha davvero bisogno: lo sfondo carico di ansia, con il suo carattere di urgenza indifferenziata, impedisce alla funzione-es di organizzarsi in una figura chiara e orientata. L'eccitazione interna viene così vissuta come impellenza da scaricare, più che come segnale dotato di direzione.

Affinché il bisogno possa emergere in modo nitido, è necessario sostare nell'attesa, tollerando l'angoscia e mantenendo fiducia nella capacità autoregolativa del campo organismo-ambiente, da cui può prendere forma una nuova figura intenzionata. Quando questa possibilità è compromessa, l'attesa viene vissuta come un vuoto intollerabile da colmare immediatamente.

percepire e fare contatto con l'ambiente come se non ci fossero confini, né differenziazioni fra l'organismo e l'ambiente» (Spagnuolo Lobb, 2012, p. 42).

⁴ Per la descrizione delle funzioni io, es e personalità del sé cfr. Perls *et al.* (1997); Macaluso (2023).

In questa condizione, tipica della dipendenza affettiva, la persona tende a confondere la “mancanza dell’altro” – stato di tensione e *craving* legato all’assenza – con il “desiderio/amore per l’altro”, perdendo così la capacità di distinguere tra bisogno compulsivo e autentico orientamento al contatto.

La funzione-personalità esprime invece un’immagine di sé come incapaci di farcela da soli, che si traduce in modalità relazionali rigide e ripetitive. La persona oscilla così tra il richiedere costantemente presenza e conferme e il sacrificarsi per l’altro, nel tentativo di mantenere il legame. Questa ambivalenza riflette la difficoltà a riconoscersi come soggetto autonomo e a sostenere il contatto senza perdere se stessi o dipendere completamente dall’altro. Ma senza il sostegno della funzione-es e della funzione-personalità, la funzione-io non riesce ad aggredire l’ambiente compiendo scelte piene e sentite.

4.1. Un esempio clinico

Sara è una paziente che arriva nel mio studio perché non riesce a smettere di scrivere al suo ex che l’ha lasciata per un’altra. L’uomo risponde ai suoi messaggi e mantiene questo “filo” tra loro, alimentando continue speranze che però vengono poi disattese. Alterna quindi momenti di vuoto ingovernabile a rabbia verso se stessa, per non sapersi staccare, e verso Peter che le riserva soltanto briciole. La paziente sembra in apparenza adeguata nella relazione terapeutica, tuttavia noto che annuisce in modo compiacente di fronte a ogni mio rimando, trattiene la rabbia e ogni possibilità di differenziarsi dal terapeuta è negata. Ho la sensazione che se Sara potesse esprimersi liberamente direbbe: “Quello che mi sta dicendo non mi serve assolutamente a niente e per questo sono molto arrabbiata con lei” – ma questa pienezza emotiva nel raggiungermi non è al momento possibile. Se analizzassimo la situazione secondo la teoria del sé (Perls *et al.* 1997; Macaluso, 2015), potremmo dire che Sara è consapevole della rabbia ma non può esprimerla pienamente nel campo perché la considera inappropriata. Col tempo costruiamo però un *ground* relazionale più solido e autentico; Sara capisce che se annulla una seduta non mi arrabbio né mi sento scoraggiato. Realizza che, se non si comporta come concordato in seduta oppure non migliora, non accade nulla di distruttivo alla relazione. Comprende, insomma, che non deve puntellare il mio narcisismo per fare in modo che io mi prenda cura di lei, che la rabbia non è solo distruttiva come molte persone del suo passato l’hanno convinta che fosse. Ciò apre nel tempo a un relazionarsi libero e spontaneo, che dischiude la possibilità di confrontare talvolta vedute differenti ma anche di scambi leggeri, ironici, che rendono piacevoli le sedute.

Sara sente che può esserci pienamente, che può appartenere a se stessa e

al suo sentire più profondo e portarlo nella relazione con me. In questa co-costruzione, ho percepito una mia graduale “riappropriazione di me”, con interventi sempre più capaci di stanare in modo delicato ma puntuale le sue retroflessioni e coerenti con il mio sentire. Ho iniziato quindi a portare nel campo le mie risonanze emotive con l’esperienza di Sara, senza silenziare questi segnali importanti. Ad esempio, un giorno ricordo di averle detto: “Oggi ho sentito leggerezza e naturalezza nel nostro colloquio. A me questa sensazione fa respirare meglio” (mentre esclamo ciò, spontaneamente, mi porto le mani al petto). “E lei, che cosa ha sentito?” – chiedo subito dopo – preoccupandomi che il mio sentire sulla seduta non diventi un giudizio insindacabile sull’esperienza di entrambi ma solo una mia, soggettiva, risonanza. È ciò che in psicoterapia della Gestalt chiamiamo «Conoscenza Relazionale Estetica» (Spagnuolo Lobb, 2017) – un sapere incarnato e marcatamente intersoggettivo che orienta la comprensione clinica e l’intervento terapeutico. Se l’avessi fatto all’inizio sarebbe stato troppo presto: Sara non si fidava ancora della possibilità di costruire un’appartenenza (anche) differenziandosi, esprimendo liberamente se stessa, trovando spontaneamente ciò che unisce senza andare a cercarlo a tutti i costi. La nostra terapia è diventata allora un luogo di appartenenza e intimità e ciò è andato di pari passo con un lavoro che ciascuno di noi ha fatto nel riprendere pieno contatto con se stesso, con la fiducia di potersi appartenere fino in fondo.

5. Arricchimento dello sfondo e lavoro sulla figura

Il lavoro con la dipendenza affettiva, così come per qualsiasi altra tipologia di *addiction*, prevede l’arricchimento dello sfondo (Pintus, 2011; Pintus e Crolle Santi, 2014) che, detto in altri termini, significa costruire plurime e autentiche esperienze di appartenenza. Costruire uno sfondo più integrato, elastico, ricco e solido, è l’obiettivo della terapia dell’*addiction* e della prevenzione della sua ricaduta (Pintus e Petrosino, 2024). Nessuna appartenenza, però, può essere assoluta, totalizzante, definitiva: al paziente è richiesto di abbandonare l’idea infantile di un oggetto d’amore che possa finalmente riproporre la fusione originaria e far smettere, una volta per tutte, di soffrire. Il terapeuta, allora, usa la propria consapevolezza sapendo che può correre il rischio di rappresentare per il paziente qualcosa di simile a questa idea infantile: sempre disponibile, comprensivo e sotto controllo. Come espresso sopra, la terapia diviene così esperienza di appartenenza e intimità aprendosi fino in fondo a un contatto pieno: affinché ciò avvenga il terapeuta deve prepararsi a vivere la delusione e la rabbia del paziente per non aver

trovato nemmeno in lui qualcuno capace di capirlo sempre e di amarlo incondizionatamente. Spesso il dipendente affettivo riesce a lasciare un'appartenenza *tendue* o *tossica*, ovvero a guarire dalla dipendenza affettiva, solo dopo aver costruito col proprio terapeuta una solida esperienza di appartenenza. A volte la terapia individuale non dà abbastanza contenimento alle angosce che un processo di separazione può attivare e ci vuole un contenitore più ampio, un'appartenenza più forte, come ad esempio il gruppo. Norwood (1985), sostenendo la tesi che la psicoterapia individuale non fosse sufficiente, è stata la pioniera della terapia di gruppo con la *love addiction*. La cura nel *setting* gruppale può essere quindi uno strumento molto utile: il rischio di questo dispositivo, però, è che diventi ricettacolo di rabbie e frustrazioni che si alimentano a vicenda, uno spazio regressivo e non evolutivo, un luogo dove si sviluppano vissuti paranoici (tutti alleati contro il nemico esterno, il narcisista, ecc.). «E ricordate che non vi siete riunite per parlare male degli uomini. Siete interessate solo alla vostra crescita e alla vostra guarigione» (Norwood, 1989, p. 261). Il terapeuta, perciò, specie se lavora col gruppo, dev'essere molto bravo a evitare simili deragliamenti, a fare del gruppo uno spazio protetto e rassicurante ma non collusivo. Il gruppo, fornendo al tempo stesso confrontazione e appartenenza, è quindi un efficace strumento di cura.

Ma, parallelamente a tale lavoro sullo sfondo, non dobbiamo dimenticarci della figura. Raggiungere l'astinenza, che nella dipendenza affettiva viene definita *no contact*, è un adattamento creativo nei confronti di un coinvolgimento emotivo disfunzionale e una tappa fondamentale nell'affrancamento da tutte quelle appartenenze dove non è sufficiente "riparare" il proprio modo di stare in relazione ma è necessario, finalmente, separarsi. Spesso è consigliabile l'astinenza non solo da un'unica relazione ma persino da nuovi potenziali legami: ciò aiuta il *love addicted* a fermarsi un attimo, a respirare e a fare silenzio attorno a sé, prima di poter ripartire con gradualità e una nuova capacità di ascoltare il proprio corpo senza buttarsi, impulsivamente, nell'ennesimo vortice emotivo. È importante però che questo "momento di stacco" dalla propria vita sentimentale e sessuale sia transitorio e non diventi, invece, un mesto e definitivo ritiro narcisistico dalle relazioni.

5.1. Un esempio di cura

Marica, una mia paziente, adesso sente buono per sé resistere alle tante *avances* di uomini affascinanti ma che si propongono in modo disimpegnato, tramite fugaci contatti sui *social network*. Marica non è più alla ricerca di sensazioni forti, di esperienze elettrizzanti che facilmente rivelano poi la loro

inconsistenza. La sua temporanea astinenza è allora funzionale a sentire qualcosa di nuovo nel corpo, che risvegli in lei un senso di pienezza prima d'ora mai sperimentato. Ciò implica anche la novità di stare coi propri vuoti soverchianti, che puntualmente tornano ad angosciarla, e che prima riempiva tramite distrazioni sentimentali e sessuali incapaci di rappresentare la migliore cura. Adesso Marica prova a medicare le proprie mancanze con nuove passioni, rapporti amicali disinteressati, progetti lavorativi e personali. Ma questa nuova competenza non è stato un risultato immediato. Al contrario, è il frutto di un processo in cui le ricadute si fanno gradualmente meno intense e meno frequenti. Per Marica, all'inizio, stare da sola e non avere un contatto anche solo virtuale era fonte di panico, col tempo si è trasformato in una ben più governabile tristezza e, infine, è diventato radicamento e possibilità di scelta. Il lavoro terapeutico con la dipendenza affettiva è sempre ricerca del proprio *ground*, di una sana appartenenza a se stessi. È vero, tutti noi moduli i nostri stati affettivi (anche) attraverso le relazioni. Un abbraccio con la persona che amiamo può farci sentire a casa e calmare la nostra angoscia – anche grazie al rilascio di neurotrasmettitori quali endorfine e ossitocina. Ma il problema si pone quando la capacità di regolare i propri stati affettivi è sempre delegata all'esterno. Se si trovava da sola, Marica non era in grado di prendersi cura di sé, di rivolgersi parole affettuose e incoraggianti – “ce la farai”, “non preoccuparti troppo”, “tra poco andrà meglio”. Non si sentiva a casa nel suo corpo e nelle sue emozioni perché l'appartenenza a se stessa non era fonte di agio e calore ma di terrore opprimente. Per questo motivo demandava costantemente a me il suo bisogno di conferma. Come se ogni passo avesse necessità di una convalida: “Dottore, è sicuro che sto facendo bene?” oppure “Sono stata brava?”. Il mio ruolo terapeutico non è stato quello di sottrarmi a queste richieste, frustrando il suo bisogno emotivo. Come terapeuta, ho sentito infatti tutta la responsabilità di dover accompagnare questo lavoro prezioso eppure ancora vacillante. Tuttavia, ho cercato di girare un po' anche a Marica i suoi interrogativi, trasmettendole la fiducia che piano piano poteva imparare a risponderli da sé: “Provi a trasformare la sua domanda in un'affermazione: che cosa mi direbbe oggi di lei?”. L'ho aiutata a capire che la risposta ai suoi quesiti si trovava nel suo corpo e nel suo intuito radicato, che anche lei aveva il potere di confermarsi, assicurarsi o criticarsi con amore quando necessario, che non doveva lasciare a nessuno – nemmeno al suo terapeuta – il diritto ultimo di decidere se era stata brava oppure no. Questi gradualisti inviti ad appartenere a se stessa, a conoscersi e a sviluppare confidenza col proprio mondo emotivo hanno permesso gradualmente a Marica di svincolarsi da modalità relazionali dipendenti e dalla prevalenza del dominio introiettivo in favore di una “sinfonia” di competenze relazionali (Spagnuolo Lobb, 2011; 2012) più ricca e intenzionata. Col tempo Marica si

è sentita più sicura della sua capacità di dire al mondo chi era e che cosa voleva: avevo davvero l'impressione che davanti a me c'era una donna che stava diventando grande.

6. Conclusioni

In generale non è quindi possibile un lavoro sulla figura senza prima una mobilitazione dello sfondo attraverso la costruzione di un'esperienza di appartenenza nella relazione terapeutica e nuove e autentiche appartenenze quotidiane, come sopra argomentato. Solo così l'impalcatura rigida di una figura prima imm modificabile potrà scalfirsi sino a crollare senza che la persona senta di crollare anche lei. In conclusione, la psicoterapia con la dipendenza affettiva richiede in prima battuta una rivitalizzazione dello sfondo con la costruzione di nuove e spontanee esperienze di appartenenza. Tutto parte dal «ripristino della mobilità del presente, che significa dare senso alle piccole cose, ad un'emozione, ad una sensazione, ad una tensione fisica, ad un nuovo gusto, ad un odore, ad un incontro» (Pintus e Crolle Santi, 2014, p. 70). Solo poggiando su solide appartenenze è possibile “attaccare la figura” e aiutare il paziente a sentire la fiducia di poter lasciar andare un'esperienza di appartenenza *tenue* o *tossica*, se ha ormai esaurito la propria carica vitale.

Voglio concludere questa riflessione sulla dipendenza affettiva come patologia dell'appartenenza aggiungendo due spunti finali. Appartenenza e autonomia non sono dimensioni scindibili ma richiedono la ricerca di un equilibrio costante, sempre imperfetto e mai definitivo. La “relazionalità debole” odierna ha certamente un prezzo da pagare in termini di calore e sicurezza. Il crollo degli ideali collettivi ha sancito un indebolimento delle appartenenze di un tempo. Ma ecco che, a fianco a un individualismo radicale, si riaffacciano le realtà locali delle comunità. Anche *online*: per anni, ad esempio, mi sono occupato di moderare una *community* virtuale dedicata alla dipendenza affettiva, che ha certamente rappresentato per i suoi utenti un'esperienza di appartenenza. Non a caso il gruppo, nel pensiero di Lewin (2005), sperimenta la propria coesione proprio quando affronta un destino comune. Insomma, il noi che ritorna come «atto di autoprotezione» (Sennett, 1998). Ma attenzione, però: la vicinanza come antidoto alla paura, come mera omologazione per sfuggire alla solitudine, non sono certo la risposta né per il dipendente affettivo né a un livello più ampio. Questo ricorso alla comunità quale adattamento creativo dinanzi a un'insicurezza radicale, infatti, è presente anche a livello politico-sociale con il ritorno dei sovranismi e dei nazionalismi: l'idea di appartenenze forti, identitarie per contrastare la disgregazione dei legami sociali, l'atomizzazione del cittadino globale, le minacce

di invasione e immigrazione figlie della crisi del potere statale. Queste comunità diventano però ricettacolo di aggressività, fanatismo, paranoia, radicalizzazione. Ma non abbiamo nemmeno bisogno di comunità che siano gabbie asfissianti, che richiedano all'individuo di appartenere a prezzo del sacrificio perenne della propria soggettività. Oggi necessitiamo di comunità fondate sulla condivisione e sull'intimità, le uniche capaci di sopire quel debilitante sentimento di precarietà e angoscia che caratterizza la vita liquido-moderna. Appartenenze, allora, non aggregazioni contingenti che rappresentano un palliativo insufficiente. Appartenenze locali, a fronte di legami territoriali spezzati dalla globalizzazione.

Concludo, infine, ricordando che ogni disamina sulla dipendenza affettiva non può esimersi dall'affrontare "le cose dell'amore" (Galimberti, 2004).

Nello sfondo culturale che alimenta questa forma di *addiction* c'è ancora il mito dell'amore romantico, l'idea dell'appartenenza ultima, totale, che possa finalmente rendere felici. E, ancora una volta, una concezione dell'amore come processo passivo (qualcosa che si riceve e che risarcisce e non, invece, qualcosa che si può dare). «La disgrazia più grande non è non essere amati» – diceva Camus (1945, p. 873) – «ma non amare». Cura, allora, è anche intendere l'amore non solo come *eros* ma anche come *philia* e *agapè*. Considerare, cioè, l'amore non come un processo che porti l'altro ad appartenere a me ma che si esprima nell'agostiniano *volo ut sis* che potremmo, infine, parafrasare così: "Desidero profondamente che tu appartenga alla tua vita, così come io farò del mio meglio per appartenere alla mia".

Matteo Limiti: Psicologo e psicoterapeuta della Gestalt. È consulente per il Centro Servizio Famiglia di Assago e tutor degli specializzandi in psicoterapia. All'Università Cattolica di Milano conduce da diversi anni percorsi formativi sull'identità della professione psicologica rivolti a studenti di psicologia e *psychology*. Già Giudice Onorario presso il Tribunale di Sorveglianza di Milano. Ha fondato il "Gruppo Milanese di Supervisioni", un *network* di psicologi e psichiatri che organizza supervisioni cliniche di gruppo ed eventi di formazione con alcune tra le più importanti personalità del settore. Esercita la libera professione a Milano. Ha lavorato presso scuole, carceri, comunità terapeutiche e centri clinici nel settore delle dipendenze patologiche.

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo B.P., Aron A., Fisher H., Brown L.L. (2011). Neural Correlates of Long-term Intense Romantic Love. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7: 145-159. DOI: 10.1093/scan/nsq092
- Antonelli P. (2022). *Le dipendenze affettive. Quando amare fa male*. Firenze: Giunti.
- Aron A., Fisher H.E., Mashek D.J., Strong G., Li H., Brown L.L. (2005). Reward, Motivation, and Emotion Systems Associated with Early-stage Intense Romantic Love. *Journal of Neurophysiology*, 94, 1: 327-337. DOI: 10.1152/jn.00838.2004

- Augé M. (1996). *Nonluoghi: introduzione a una antropologia della surmodernità*. Milano: Elèuthera (ed. or.: *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris: Éditions de Seuil, 1992).
- Bartels A., Zeki S. (2000). The Neural Basis of Romantic Love. *Neuroreport*, 11, 17: 3829-3834. DOI: 10.1097/00001756-200011270-00046
- Bartels A., Zeki S. (2004). The Neural Correlates of Maternal and Romantic Love. *NeuroImage*, 21: 1155-1166. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2003.11.003
- Bauman Z. (2002). *Modernità liquida*. Roma-Bari: Laterza (ed. or.: *Liquid Modernity*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2000).
- Borgioni M. (2015). *Dipendenza e contro-dipendenza affettiva*. Roma: Alpes Italia.
- Camus A. (1945). Lettres à An ami Allemand. In: Camus A., Valensi J.-L., Crosier R.-G., Abbou A., Collectif, *Œuvres complètes II, 1944-1948* Paris: Gallimard, 2006.
- Cantelmi T., Pensavalli M., Serafini P. (2021). Il gaslighting come forma di abuso emotivo nella relazione di dipendenza affettiva. *Modelli della mente*, 1: 51-82. DOI: 10.3280/mdm1-2021oa12639
- Elias N. (1990). *La società degli individui*. Bologna: Il Mulino (ed. or.: *The Society of Individuals*. London, UK: Bloomsbury Publishing, 1987).
- Fenichel O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neuroses*. New York, NY: Norton Press.
- Fisher H.E., Aron A., Mashek D., Strong G., Li H., Brown L.L. (2003). Early Stage Intense Romantic Love Activates Cortical-basal-ganglia Reward/motivation, Emotion and Attention Systems: An fMRI Study of a Dynamic Network that Varies With Relationship Length, Passion Intensity and Gender. *Poster presented at the Annual Meeting of the Society for Neuroscience*. New Orleans, LA.
- Fisher H.E., Brown L.L., Aron A., Strong G., Mashek D. (2010). Reward, Addiction, and Emotion Regulation Systems Associated with Rejection in Love. *Journal of Neurophysiology*, 104: 51-60. DOI: 10.1152/jn.00784.2009
- Galimberti U. (2013). *Le cose dell'amore*. Milano: Feltrinelli.
- Lewin K. (2005). *La teoria, la ricerca, l'intervento*. Bologna: Il Mulino.
- Limiti M. (2019). L'amore che fa male: una lettura gestaltica della dipendenza affettiva. *Quaderni di Gestalt XXXII*, 2: 99-114. DOI: 10.3280/GEST2019-002006
- Lyotard J.F. (2002). *La condizione postmoderna. Rapporto sul sapere*. Milano: Feltrinelli (ed. or.: *La Condition Postmoderne. Rapport sur le Savoir*". Paris, FR: Les Éditions de Minuit, 1979).
- Macaluso M.A. (2015). La teoria del sé in Gestalt Therapy. Il sé, l'io, l'es e la personalità. *Quaderni di Gestalt*, XXVIII, 2: 57-74. DOI: 10.3280/GEST2015-002004
- Macaluso M.A. (2023). *Fenomenologia del sé e relazione terapeutica, Individuo e campo nell'approccio gestaltico*. Milano: FrancoAngeli.
- Norwood R. (1989). *Donne che amano troppo*. Milano: Feltrinelli (ed. or.: *Women Who Love too Much*. New York, NY: Simon & Schuster, 1985).
- Ortigue S., Bianchi-Demicheli F., Hamilton A.F., Grafton S.T. (2007). The Neural Basis of Love as a Subliminal Prime: An Event-related fMRI Study. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19: 1218-1230. DOI: 10.1162/jocn.2007.19.7.1218
- Panksepp J., Biven L. (2014). *Archeologia della mente: origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *The Archeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York, NY: W.W. Norton & Company, 2012).
- Peele S., Brodsky A. (1975). *Love and addiction*. New York, NY: Taplinger.
- Perera-Diltz, D.M., Laux, J.M., Toman, S.M. (2012). A Cross-cultural Exploration of Post-traumatic Stress Disorder: assessment, diagnosis, and recommended (Gestalt) treatment. *Gestalt Review*, 16 (1): 69-87. DOI: 10.5325/gestaltreview.16.1.0069
- Perls F.S. (1980). *La terapia gestaltica parola per parola*. Roma: Astrolabio (ed. or.: *Gestalt Therapy Verbatim*. Moab, Utah: Real People Press, 1969).

- Perls F.S., 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, *La psicoterapia della Gestalt contemporanea*. Milano: FrancoAngeli, pp. 203-210.
- Pintus G., Crolle Santi M.V. (2014). *La relazione assoluta. Psicoterapia della Gestalt e dipendenze patologiche*. Ariccia: Aracne Editrice.
- 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., Petrosino B. (2024). La ricaduta nell'addiction come espressione del "crollo dello sfondo". *Quaderni di Gestalt* XXXVII, 2: 11-31. DOI: 10.3280/qg2024-20a18194
- Pugliese E., Saliani A.M., Mancini F. (2019). Un modello cognitivo delle dipendenze affettive patologiche. *Psicobiattivo*, 1: 43-58. DOI: 10.3280/PSOB2019-001005
- Reynaud M., Karila L., Blecha L., Benyamina A. (2010). Is Love Passion an Addictive Disorder? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 5: 261-267. DOI: 10.3109/00952990.2010.495183
- Sennett R. (2000). *L'uomo flessibile: le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*. Milano: Feltrinelli (ed. or.: *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. New York, NY: W.W. Norton & Company, 1998).
- Serok S. (1985). Implications of Gestalt Therapy with Post Traumatic Patients. *Gestalt Journal*, 8, 1: 78-89.
- Spagnuolo Lobb M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2012). Lo sviluppo polifonico dei domini. Verso una prospettiva evolutiva della psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt* XXV, 2: 31-50. DOI: 0.3280/GEST2012-002003
- Spagnuolo Lobb M. (2017). La conoscenza relazionale estetica del campo. Per uno sviluppo del concetto di consapevolezza in psicoterapia della Gestalt e nella clinica contemporanea. *Quaderni di Gestalt* XXX, 1: 17-33. DOI: 10.3280/GEST2017-001003
- Vidakovic I. (2013). The Power of "Moving On": A Gestalt Therapy Approach to Trauma Treatment". In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., Eds., *Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*, Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Italy Pubbl. Co, pp. 308-323.
- Willi J. (1986). *La collusione di coppia*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Couples in Collusion*. University of Michigan, MI: J. Aronson in collaboration with Hunter House, 1982).
- Xu X., Aron A., Brown L.L., Cao G., Feng T., Weng X. (2011). Reward and Motivation Systems: Brain Mapping Study of Early-stage Intense Romantic Love in Chinese Participants. *Human Brain Mapping*, 32, 2: 249-257. DOI: 10.1002/hbm.21017



GESTALT RESEARCH

7TH INTERNATIONAL CONFERENCE

ROME - ITALY 2027

SAVE THE DATE

SEPTEMBER 24-26, 2027

EAGT – European Association for Gestalt Therapy

IAAGT – International Association for the Advancement of Gestalt Therapy

GANZ – Gestalt Australia and New Zealand

BGA - Brazilian Gestalt Association

The Gestalt Institute HCC Italy

NYIGT – New York Institute for Gestalt Therapy

Zhejiang University – China

**Are happy to announce
the 7th International Conference for Gestalt Therapy Research**

If you are a:

- Clinician interested in more effective therapy practice
- Researcher exploring therapy outcomes, processes of changes and the therapeutic alliance
- Gestalt therapy researcher wishing to present your work and build international networks
- Trainer who wants to integrate research into your professional practice

Then this is an event you will not want to miss!

www.gestaltconference2027.com



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

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

Gabriele Curcio** e Serena Iacono Isidoro***

[Ricevuto il 23 giugno 2025]

Accettato per la stampa il 16 marzo 2026]

Abstract

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

* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

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

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

Note biografiche degli autori in fondo al saggio.

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

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

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

Riassunto

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

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

1. Introduzione

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

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

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

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

2. Il respiro tra pratiche meditative e psicoterapia della Gestalt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Metodologia

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

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

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

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

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

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

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

5. Single case study

5.1. Presentazione del paziente

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

5.2. Baseline

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

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

5.3. Frammenti di sedute e analisi qualitativa

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

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

Seduta 2:

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

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

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

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

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

T: *Dove la senti?*

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

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

P: *Ho bisogno di stare da solo.*

T: *Che effetto ti fa?*

P: *Bene e non bene.*

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

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

T: *Ci puoi stare o è troppo?*

P: *No, ci posso stare.*

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

P: *Faticoso.*

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

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

P: *Va meglio.*

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

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

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

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

P: *Meglio.*

T: *Bene, andiamo avanti così.*

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

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

T: *Come stai?*

P: *Male.*

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

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

T: *C'è confusione.*

P: *Sì, terribile.*

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

P: *Sì.*

T: *Com'è il peso in questo momento?*

P: *Meglio.*

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

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

T: *E com'è?*

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

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

P: *In questo momento no.*

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

P: *Sì.*

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

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

T: *Però qui ci sei riuscito.*

P: *Sì.*

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

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

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

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

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

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

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

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

T: *Ora da 1 a 10?*

P: *Meno rispetto a quando sono venuto.*

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

P: *Mi sento più leggero.*

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

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

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

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

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

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

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

P: *Stare bene.*

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

P: *Sì è così. Prima non era così.*

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

P: *Sì, e non è poco.*

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

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

P: Sì.

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

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

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

5.4. Risultati della valutazione finale e confronto con la baseline

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

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

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

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

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

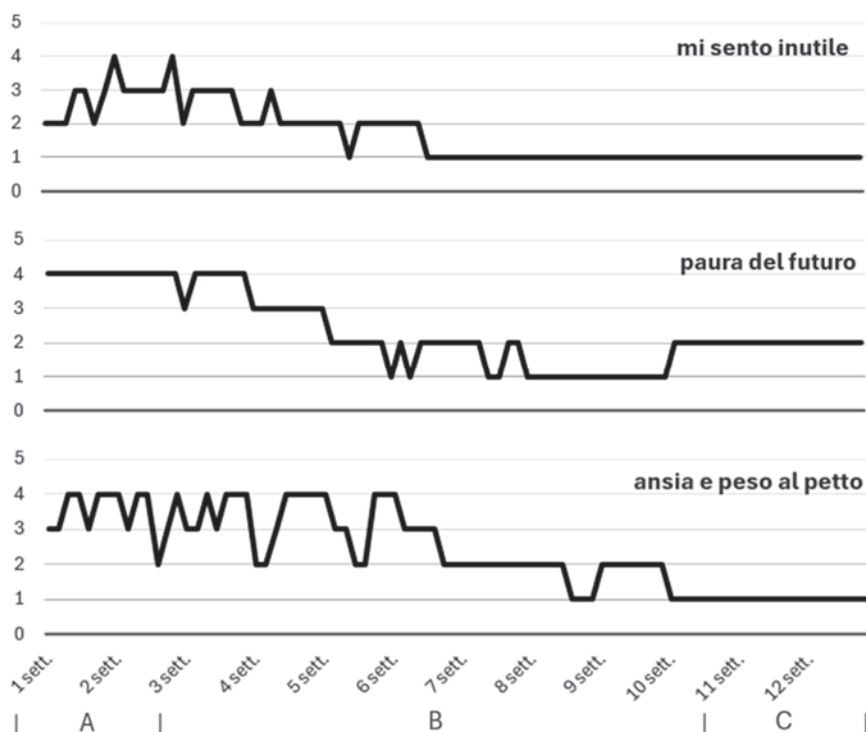


Fig. 1– Andamento giornaliero dei target complaints dalla baseline al follow-up

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

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

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

6. Discussione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Conclusioni

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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

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

- Borino T. (2013). Il Training Autogeno in psicoterapia della Gestalt. Rilassamento, consapevolezza, vitalità. *Quaderni di Gestalt*, XXVI, 1:109-123. DOI: 10.3280/GEST2013-001009
- Brown R.P., Gerbarg P.L., Muench F. (2013). Breathing Practices for Treatment of Psychiatric and Stress-related Medical Conditions. *Psychiatric Clinics of North America*, 36, 1: 121-140. DOI: 10.1016/j.psc.2013.01.001
- Elliott R. (2002). Hermeneutic Single-case Efficacy design: An Interpretive Approach to Evaluating Treatment Causality in a Single Case. *Psychotherapy Research*, 12, 1: 1-21. DOI: 10.1080/713869614
- Evans C., Connell J., Barkham M., Margison F., McGrath G., Mellor-Clark J., Audin K. (2002). Towards a Standardised Brief Outcome Measure: Psychometric Properties and Utility of the CORE-OM. *Br J Psychiatry*, 180: 51-60. DOI: 10.1192/bjp.180.1.51
- Fuchs T. (2020). The Circularity of the Embodied Mind. *Front Psychol.*, 11: 1707. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01707
- Fuchs T. (2021). *In Defence of the Human Being: Foundational Questions of an Embodied Anthropology*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gold E., Zahm S. (2018). *Psicologia buddhista e psicoterapia della Gestalt integrate. Una via per la cura nel nuovo millennio*. Milano: FrancoAngeli.
- Goldberg S.B., Tucker R.P., Greene P.A., Davidson R.J., Wampold B.E., Kearney D.J., Simpson T.L. (2018). Mindfulness-based Interventions for Psychiatric disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Psychol Rev.*, 59: 52-60. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.10.011
- Hamilton M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*, 32:50. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Heller M.C. (2012). *Body Psychotherapy: History, Concepts, and Methods*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Herrera Salinas P., Mstibovskiy I., Roubal J., Brownell P. (2020). The Single-Case, Time-Series Study. *Int. J. Psychother.*, 24: 53-65. DOI: 10.36075/IJP.2020.24.3.6/Herrera/Mstibovskiy/Roubal/Brownell.
- Joko Beck C. (1993). *Niente di speciale. Vivere lo Zen*. Roma: Ubaldini.
- Kepner J. (1997). *Body Process. Il lavoro con il corpo in psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli.
- Kepner J. (2003). The Embodied Field. *British Gestalt Journal*, 12,1: 6-14. DOI: 10.53667/WUGR2198
- Macaluso M.A. (2024). *Fenomenologia del sé e relazione terapeutica. Individuo e campo nell'approccio gestaltico*. Milano: FrancoAngeli.
- McLeod J. (2010). *Case Study Research In Counselling and Psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Nhat Hanh T. (1994). *Respira! Sei vivo. Appuntamento con la vita, Momento presente, momento meraviglioso, l'Ordine dell'Interessere*. Roma: Ubaldini.
- Nhat Hanh T. (2012a). *Paura. Supera la tempesta con la saggezza*. Cesena: Bis edizioni.
- Nhat Hanh T. (2012b). *Le quattro verità dell'esistenza*. Milano: Garzanti.
- Nhat Hanh T. (2014). *Trasformare la sofferenza. L'arte di generare la felicità*. Firenze: Terra Nuova edizioni.
- Ogden P., Miton K., Pain C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Paschali M., Lazaridou A., Sadora J., Papianou L., Garland E.L., Zgierska A.E., Edwards R.R. (2024). Mindfulness-based Interventions for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin J Pain.*, 40, 2: 105-113. DOI: 10.1097/AJP.0000000000001173
- Perls F.S., Hefferline R.F., Goodman P. (1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. Roma: Astrolabio.
- Porges S.W. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Milano: Giovanni Fioriti.

- Schore A.N. (2021). The Interpersonal Neurobiology of Intersubjectivity. *Front Psychol.*, 12: 648616. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.648616
- Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., Dunbar G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.*, 59 Suppl. 20: 22-33; quiz 34-57.
- Siegel D.J. (2010). *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Spagnuolo Lobb M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2013). Il corpo come “veicolo” del nostro essere nel mondo. L’esperienza corporea in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, XXVI, 1: 41-65. DOI: 10.3280/GEST2013-001004
- Spagnuolo Lobb M. (2015). Il sé come contatto. Il contatto come sé. Un contributo all’esperienza dello sfondo secondo la teoria del sé della psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, XXVIII, 2: 25-56. DOI: 10.3280/GEST2015-002003
- Spagnuolo Lobb M. (2017). La conoscenza relazionale estetica del campo. Per uno sviluppo del concetto di consapevolezza in psicoterapia della Gestalt e nella clinica contemporanea. *Quaderni di Gestalt*, XXX, 1: 17-33. DOI: 10.3280/GEST2017-001003
- Spagnuolo Lobb M. (2018). Il sé come contatto, il contatto come sé. Un contributo all’esperienza dello sfondo secondo la teoria del sé della psicoterapia della Gestalt. In: Robine J.-M., a cura di, *Sé. Una polifonia di psicoterapeuti della Gestalt contemporanei*, Milano: FrancoAngeli, pp. 263-296.
- Stake R.E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stewart R.E., Chambless D.L. (2010). Interesting Practitioners in Training in Empirically Supported Treatments: Research Reviews Versus Case Studies. *J Clin Psychol.*, 66, 1: 73-95. DOI: 10.1002/jclp.20630
- Tschacher W., Meier D. (2020). Physiological Synchrony in Psychotherapy Sessions. *Psychother. Res.* 30: 558-573. DOI: 10.1080/10503307.2019.1612114
- van Agteren J., Iasiello M., Lo L., Bartholomaeus J., Kopsaftis Z., Carey M., Kyrios M. (2021). A Systematic Review and Meta-analysis of Psychological Interventions to Improve Mental Wellbeing. *Nat Hum Behav.*, 5, 5: 631-652. DOI: 10.1038/s41562-021-01093-w
- Van der Kolk B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Walker S.G., Carr J.E. (2021). Generality of Findings from Single-case Designs: It’s Not All About the “N”. *Behavior Analysis in Practice*, 14, 4: 991-995. DOI: 10.1007/s40617-020-00547-3
- Willemssen J. (2023). What is Preventing Psychotherapy Case Studies from Having a Greater Impact on Evidence-based Practice, and How to Address the Challenges? *Front. Psychiatry* 13: 1101090. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1101090
- Wu Kwang (alias Richard Shrobe) (1986). An Exploration of the Zen Kong-An and Gestalt Impasse. *Primary Point*, 3, 3: 4-13.
- Zaccaro A., Piarulli A., Laurino M., Garbella E., Menicucci D., Neri B., Gemignani A. (2018). How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. *Front Hum Neurosci.*, 12: 353. DOI: 10.3389/fnhum.2018.00353

Il potere delle differenze. Processi di pace e psicoterapia

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



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

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

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

www.gestalt.it

Il vissuto del terapeuta nei campi dolorosi della psicoterapia*

The Therapist's Experience in the Painful Fields of Psychotherapy

Noemi Rovetto**

[Ricevuto il 9 marzo 2026]

Accettato per la stampa il 22 marzo 2026]

Abstract

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

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

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

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

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

* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

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

Note biografiche dell'autore in fondo al saggio.

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

DOI: 10.3280/qg2026-10a19317

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

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

Riassunto

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

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

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

1. La complessità dell'essere terapeuta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1. Le domande del questionario

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

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

Ecco le domande del questionario⁴:

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

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

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

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

2.2. Il campione

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

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

2.3. La somministrazione delle domande

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

2.4. Le risposte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Conclusioni

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

- Baragetti E., Palmero E. (2021). Il tempo della speranza. *Quaderni di Gestalt*, XXXIV, 2: 59-70. DOI: 10.3280/GEST2021-002005
- Carotenuto A. (1998). *Lettera aperta a un apprendista stregone*. Milano: Bompiani.
- Cavaleri P. (1996). La dialettica polare nella psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 22/23: 5-25.
- Fabbri A. (2019). La formazione dello psicoterapeuta come avventura trasformativa. *Quaderni di Gestalt* XXXII, 1: 57-71. DOI: 10.3280/GEST2019-001004
- Ferenczi S. (2025). *Diario clinico (gennaio-ottobre 1932)*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *Journal Clinique. Janvier-octobre 1932*. Paris, FR: Payot, 1985).
- Fogarty M., Bhar S., Theiler S., O'Shea L. (2016). What Do Gestalt Therapists Do in the Clinic? The Expert Consensus. *British Gestalt Journal*, 25, 1: 32-41 (trad. it.: Che cosa fanno i terapeuti della Gestalt nella pratica clinica? Il consenso degli esperti. *Quaderni di Gestalt* XXX, 1: 69-90. DOI: 10.3280/GEST2017-001006, 2017).
- Freud S. (1974). *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*. OSF, Vol. 6. Torino: Boringhieri (ed. or.: *Die Zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. Zentralblatt für Psychoanalyse*, 1: 1-9, 1910).
- Heimann P. (1986). Sul controtrasferimento. In: Albarella C., Donadio M., a cura di, *Il controtrasferimento*. Napoli: Liguori (ed. or. On Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*. 31: 81-84, 1950).
- Macaluso M. A. (2018). Intenzionalità e spontaneità nell'azione terapeutica gestaltica. *Quaderni di Gestalt* XXX, 1: 33-57. DOI: 10.3280/GEST2018-001004
- Messina I., Gelo O.C.G., Gullo S., Sambin M., Mosconi A., Fenelli A., Curto M., Orlinsky D. (2018). Personal Background, Motivation and Interpersonal Style of Psychotherapy Trainees Having Different Theoretical Orientations: An Italian Contribution to an International Collaborative study on Psychotherapy Training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18: 299-307. DOI: 10.1002/capr.12176
- Mitchell S. A. (1995). *Speranza e timore in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri (ed. or.: *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York, NY: Basic Books, 1993).
- Ogden T.H. (1994). The analytic third: Working with Intersubjective Clinical Facts. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75: 3-19.
- Orange D., Spagnuolo Lobb M. (2010). Nuove tendenze nella formazione dello psicoterapeuta. *Quaderni di Gestalt* XXIII, 2: 11-26. DOI: 10.3280/GEST2010-002002
- Perls F.S. (1995). *L'io, la fame e l'aggressività. L'opera di uno psicoanalista eretico che vide in anticipo i limiti fondamentali dell'opera di Freud*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and Method*. London, UK: G. Allen & Unwin, 1947; New York, NY: Random House, 1969).
- Perls F.S., Hefferline R.F., Goodman P. (1971; 1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. Roma: Astrolabio (ed. or.: 1951;1994). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York, NY: The Gestalt Journal Press, 1951; 1994).
- Perls L. (1990). Nuove prospettive nella terapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 10/11: 7-11.
- Pizzimenti M. (2009) La Psicoterapia della Gestalt in Italia: lo stato dell'arte. *Quaderni di Gestalt* XXII, 1: 11-36. DOI: 10.3280/GEST2009-001002
- Polster E. (2026). *Incanto e psicoterapia della Gestalt. Partner nell'esplorazione della vita*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Enchantment and Gestalt Therapy. Partners in Exploring Life*. London, UK: Routledge, 2021).
- Rogers C.R. (1986) *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Psycho (ed. or.: *On Becoming a Person: A therapist's View of Psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin, 1961).

- Rubino V. (2011). Empatia incarnata tra psicoterapia della Gestalt e neuroscienze. *Quaderni di Gestalt* XXIV, 2: 59-68. DOI: 10.3280/GEST2011-002007
- Salvatore G. (2023). *La vergogna del terapeuta*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sampognaro G. (1989). I processi interattivi in Terapia della Gestalt. Il gruppo del IV Training intervista Sonia Nevis. *Quaderni di Gestalt*, 8/9: 85-89.
- Sampognaro G. (2023). Il burnout del terapeuta: il cortocircuito emotivo del guaritore ferito. *Quaderni di Gestalt* XXXVI, 1: 29-49. DOI: 10.3280/GEST2023-001003
- Siegel D.J. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York, NY: The Guilford Press, 2020).
- Spagnuolo Lobb M. (1991). La formazione in Gestalt Terapia. Come la prospettiva dell'aggressione dentale modifica il concetto tradizionale di formazione. *Quaderni di Gestalt*, 13: 5-15.
- Spagnuolo Lobb M. (2010). La vita e il dolore nell'arte dello psicoterapeuta. Intervista a Umberto Galimberti. *Quaderni di Gestalt* XXIII, 1: 15-33. DOI: 10.3280/GEST2010-001002
- Spagnuolo Lobb M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2014). Le esperienze depressive in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, XXVII, 2: 57-80. DOI: 10.3280/GEST2014-002004
- Spagnuolo Lobb M. (2017). La conoscenza relazionale estetica del campo. Per uno sviluppo del concetto di consapevolezza in psicoterapia della Gestalt e nella clinica contemporanea. *Quaderni di Gestalt* XXX, 1: 17-33. DOI: 10.3280/GEST2017-001003
- Spagnuolo Lobb M. (2020). Dalla perdita delle funzioni-io ai passi di danza tra psicoterapeuta e paziente. Fenomenologia ed estetica del contatto nel campo psicoterapeutico. *Quaderni di Gestalt*, XXXIII, 1: 21-40. DOI: 10.3280/GEST2020-001003
- Spagnuolo Lobb M., Riggio F., Savia Guerrera C., Sciacca F., Di Nuovo S. (2024). The Aesthetic Relational Knowing of the Therapist: Factorial Validation of the ARK-T Scale Adapted for the Therapeutic Situation. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 12, 2. DOI: 10.13129/2282-1619/mjcp-4144
- Vinci G. (2022). *Essere terapeuti. Forza e fragilità dello psicoterapeuta e della psicoterapia*. Roma: Alpes Italia.
- Yalom I.D. (2014). *Il dono della terapia*. Vicenza: Neri Pozza (ed. or.: *The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*. New York, NY: Harper Collins, 2001).
- Yalom I.D. (2015). *Guarire d'amore. Storie di psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *Love's Executioner and Other Tales of Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books, 1989).
- Zinker J. (2002). *Processi creativi in psicoterapia della Gestalt*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel, 1977).

Gestalt Therapy in Times of War

New Clinical Tools and Political Consciousness

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

Copyright 2026



For more information visit:

www.routledge.com/9781041198376

TABLE OF CONTENTS

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

www.gestaltitaly.com

La SIPG racconta: la storia della psicoterapia della Gestalt italiana.

Anna Rita Ravenna e

l'Istituto di Gestalt di Firenze*

SIPG Recounts: The History of Italian Gestalt Psychotherapy.

Anna Rita Ravenna and the Gestalt Institute of Florence

Anna Rita Ravenna^{**} e Monica Pinciroli^{***}



[Ricevuto il 9 aprile 2026

Accettato per la stampa il 6 maggio 2026]

Abstract

This article presents an elaboration of a video interview with Anna Rita Ravenna, a key figure in the development of Gestalt psychotherapy in Italy. It intertwines personal narrative and the evolution of the model within the Italian context. Much of Anna's account of her relationship with Gestalt therapy seems to be permeated by the "case" as an opportunity to open up to new possibilities; from this perspective, Gestalt therapy emerges as an embodied experience and a way of life, rather than merely a theoretical framework

The main steps of its diffusion are retraced, from the foundation of the Gestalt Institute of Florence to the establishment of FISIG (Italian Federation of Gestalt Therapy Training Institutes), highlighting the value of dialogue among differences in shaping the Gestalt community. Clinical and institutional experience, particularly within the SAIFIP (Service for Aligning Physical and Psychological Identity) context, further illustrates the generative potential of a Gestalt perspective grounded in respect for uniqueness and diversity in complex settings.

* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

Relazione presentata all'incontro *online* "La SIPG racconta la storia della psicoterapia della Gestalt italiana" 6 maggio 2025.

Ringraziamo le dottoresse Roberta Italia e Tatiana Tuzza per la trascrizione dell'articolo.

** IGF (Istituto di Gestalt Firenze) Roma, Piazzale delle Medaglie d'Oro 20, scala B, 00136 Roma. E-mail: annaravenna1944@libero.it

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

Note biografiche degli autori in fondo al saggio.

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

DOI: 10.3280/qg2026-1oa22326

Overall, the paper offers a view of Gestalt therapy as a relational practice and an ethics of becoming, rooted in lived experience and individual responsibility.

Keywords: History of Gestalt therapy, training, professional growth, psychotherapy, individual responsibility.

Riassunto

L'articolo propone l'elaborazione di una video-intervista ad Anna Rita Ravenna, figura significativa della psicoterapia della Gestalt in Italia, intrecciando storia personale e sviluppo del modello nel contesto italiano. Molta parte del racconto di Anna sul suo rapporto con la psicoterapia della Gestalt, sembra permeato dal "caso" come occasione di aperture a nuove possibilità; da qui la psicoterapia della Gestalt emerge come esperienza incarnata e stile di vita, più che come semplice riferimento teorico.

Vengono ripercorsi i passaggi fondamentali della sua diffusione, dalla nascita dell'Istituto di Gestalt di Firenze alla costituzione della FISIG, evidenziando il valore del dialogo tra differenze nella costruzione della comunità gestaltica. L'esperienza clinica e istituzionale, in particolare nel contesto del SAIFIP (Servizio di Adeguamento tra Identità Fisica e Identità Psichica), mostra inoltre la fecondità della prospettiva gestaltica nei contesti complessi, fondata sul rispetto dell'unicità e della differenza.

Nel suo insieme, il contributo restituisce una visione della terapia della Gestalt come pratica relazionale ed etica del divenire, radicata nell'esperienza e nella responsabilità individuale.

Parole chiave: Storia della psicoterapia della Gestalt, formazione, crescita professionale, psicoterapia, responsabilità individuale.

Introduzione

L'articolo che proponiamo in questo numero dei Quaderni di Gestalt è l'elaborazione della video-intervista alla Prof.ssa Anna Rita Ravenna, che la Società Italiana di Gestalt (SIPG) ha organizzato nella serata del 6 maggio 2025 all'interno del progetto "La SIPG racconta: la storia della psicoterapia della Gestalt Italiana".

Anna Rita Ravenna ci ha generosamente offerto alcuni ricordi personali che si sono intrecciati con la terapia della Gestalt e con il suo sviluppo in Italia. Anna ci racconta del suo incontro "casuale" con la psicoterapia della Gestalt intorno agli anni '80: un incontro che, da quel punto in poi, ha permeato la sua vita personale e professionale e che le ha permesso di realizzare, collaborando con Paolo Quattrini e altri gestaltisti italiani, l'Istituto di Gestalt Firenze e la FISIG (Federazione Italiana Scuole e Istituti di Gestalt). La crescita professionale di Anna Rita è stata anche favorita dagli incontri e dagli scambi con gestaltisti stranieri come Claudio Naranjo che le ha aperto la porta della spiritualità, la possibilità di fare spazio a ciò che non è materiale e che è inconoscibile.

Anna Rita incarna profondamente lo spirito della Gestalt che sostiene la realizzazione personale e l'accoglienza delle differenze. Il suo amore e il suo rispetto per l'altro diverso da sé l'hanno portata ad organizzare (nel 1992) e a guidare il SAIFIP (Servizio per l'Adeguamento tra Identità Fisica ed Identità Psicica) dell'Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma.

L'incontro con l'autrice è stato caldo e coinvolgente, un po' come sentirsi a casa.

Monica Pincirolì

Pierluigi Righetti (PR): Vorrei iniziare questa nostra intervista *online* riprendendo una frase che Anna Ravenna ha detto poco prima della diretta: "La terapia della Gestalt è uno stile di vita, perché ci permette di andare avanti alleggerendo i fardelli, portandoci a godere delle gioie che la sorte ci riserva". Vorrei proporla come filo conduttore della serata.

Margherita Spagnuolo Lobb (MSL): Sono contenta e commossa di avere qui con noi Anna. C'è un affetto che ci lega e credo che questo sia vero per molti fondatori della FISIG (Federazione Italiana Scuole e Istituti di Gestalt). Abbiamo introdotto (iniziato) la psicoterapia della Gestalt in Italia; ciascuno ha dato il proprio contributo, ci siamo scontrati sui nostri narcisismi che spero possano essere messi sempre più sullo sfondo. Insieme possiamo costruire qualcosa ed essere visibili con la nostra bellezza e con la nostra importanza. Possiamo dare molto al mondo della psicoterapia. Questo ricostruire la storia della psicoterapia delle Gestalt in Italia è un modo per valorizzare il nostro approccio con le sue diversità; ho sempre pensato che tutti insieme possiamo costruire la bellezza che c'è in un caleidoscopio, quindi grazie Anna per essere qua, per la fiducia e l'affetto.

Monica Pincirolì (MP): Vorrei partire dal presentare Anna che è psicologa e psicoterapeuta; co-fondatrice dell'Istituto di Gestalt di Firenze a orientamento fenomenologico esistenziale insieme a Paolo Quattrini; supervisore, didatta e coordinatore. Fondatrice e past president della Federazione Italiana Scuole e Istituti di Gestalt; supervisore clinico e co-fondatore del Servizio per l'Adeguamento tra Identità Fisica e Psicica dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma. Ha all'attivo diverse pubblicazioni in opere collettive e su riviste: la sua voce arriva anche attraverso i tuoi scritti.

Anna sono molto contenta di farti qualche domanda perché, nell'incontrarti a tu per tu, ho avuto la sensazione di incontrare la tua umanità e mi è risuonato quello che Pier Luigi ha detto all'inizio di questa serata, cioè che

per te la terapia della Gestalt è uno stile di vita, la casa che abiti. Ti ringrazio per avermi dedicato quell'ora prima di questo incontro e ringrazio la SIPG che mi sta permettendo di incontrare i pionieri della psicoterapia della Gestalt italiana.

Anna Ravenna (AR): Grazie a voi per l'invito; spero che la mia presenza qui più che un onore, come ho sentito dire, possa essere un piacere. Desidero dirvi che, in questo momento della mia vita, i più significativi interessi, o meglio quelli che mi godo di più, sono i miei cinque nipoti.

MP: Grazie Anna, la tua apertura racconta proprio di questa umanità e di questo stile a cui abbiamo fatto riferimento. Partirei ora con la domanda che facciamo sempre ai nostri ospiti: quando e come hai incontrato la psicoterapia della Gestalt?

AR: Vorrei sottolineare che, secondo me, c'è un filo conduttore in tutta la vita e, credo, questo vale per ogni essere umano: io lo chiamo *caso o sorte*, inteso non come destino predeterminato, ma come occasione/possibilità. Qualcun altro gli dà nomi diversi come fortuna o provvidenza. La mia vita è stata improntata con evidenza dal *caso* che mi ha aperto delle porte tra le quali ho scelto quelle in cui entrare o da cui uscire, alcune non le ho neppure notate, altre le ho evitate intenzionalmente o no, sempre pagando il prezzo delle mie scelte.

Anche l'inizio della danza con la psicoterapia della Gestalt è stato frutto della *sorte*, ma si è trattato di un caso pesante e doloroso. L'incontro con la psicoterapia, come credo per molti di voi, è stato da paziente. A un certo punto della vita ho sentito il desiderio di saperne di più di me e ho deciso di iniziare un percorso psicologico. Mi sono rivolta a uno psicanalista. È accaduto sul finire degli anni '70. A due anni dall'inizio del mio percorso, lo psicanalista, un uomo giovane di circa 55 anni, una notte è morto d'infarto. Quante volte mi sono chiesta cosa sarebbe stata la mia vita se Franco Marolla non fosse morto quella notte! Me ne sono resa conto solo tempo dopo: in quell'esperienza ho rivissuto la morte di mia madre, avvenuta quando io avevo 15 anni. Ho vissuto la terribile sensazione che tutto ciò che toccavo fosse destinato a sparire. Per fortuna erano gli anni in cui si "combatteva", c'era stata la rivoluzione dei figli dei fiori, e il movimento femminista dava sostegno al desiderio di cambiamento delle donne, accendeva motivazioni ed energia.

Per lungo tempo non volli più tornare in terapia. All'epoca si erano formati i gruppi di autocoscienza femminile, i gruppi di Sandro Gindro e quelli di Massimo Fagioli. A noi giovani sembrava di aver aperto la strada a un

modo rivoluzionario di fare psicoterapia. In questi gruppi, formati a volte da un gran numero di persone, io mi sentivo meno minacciosa e minacciata. Ben presto mi resi conto che non erano adatti a me.

Incontrai, ancora una volta per caso, Ruth Kramer, una donna che dalla Danimarca era venuta in Italia. Ruth era maestra di *Eutonia*, un metodo di lavoro che favorisce, attraverso il rilassamento ed il lavoro con il corpo, l'ingresso nella meditazione. Lavorai un paio d'anni con lei e poi un giorno le dissi: "Ruth io ho bisogno di tornare alla parola, di trovare il coraggio di riprendere una relazione psicoterapeutica". Lei rispose con parole che non ho più dimenticato: "Conosco un giovane, vive a Firenze e viene a lavorare anche a Roma, non sono d'accordo con tutto quello che fa, ma potrebbe essere adatto a te". Diventai così paziente di un certo Paolo Quattrini!

Il caso ha continuato ad accompagnarmi nella vita e ha permesso che il mio incontro con lui desse inizio ad un fluido percorso: da paziente-psicoterapeuta la relazione si è trasformata in collaborazione tra colleghi, in un continuo divenire, fluidamente nel tempo. Da paziente diventai sua allieva. Era l'epoca in cui si svolgevano corsi di psicoterapia della Gestalt liberi, non legalmente riconosciuti. Paolo mi propose di partecipare, io non mi sentivo all'altezza. Ero solo un'insegnante di scuola superiore, insegnavo psicologia sociale grazie a una laurea in scienze politiche e a un corso abilitante per questo insegnamento. Per interesse personale avevo letto tanti libri di psicologia: Freud, Jung, Rogers, Tillich. Dissi a Paolo "Se non mi trovo bene mi posso ritirare?". Con una risata mi rispose di sì. Nel tempo lui mi suggerì di prendere la laurea in psicologia, avevano appena aperto la facoltà alla Sapienza di Roma. Tra Paolo e me c'è sempre stato un rapporto molto particolare. Non è facile il passaggio tra ruoli così diversi senza che ci siano fraintendimenti, incrinature o altro ancora.

Oggi, guardando indietro, vedo anche confronti animati, difficoltà, momenti di screzi superati sempre in modo fluido grazie all'amore tipico della vera amicizia che ancora ci unisce. Come vedete, l'incontro con la psicoterapia della Gestalt è stato strano, casuale, confuso, ma da questo insieme di diverse opportunità è nata una parte essenziale della mia storia, un modo di vivere la mia professione e, allo stesso tempo, tutti gli altri aspetti della mia vita.

MP: Più tardi ti chiederò in dettaglio com'è proseguito il sodalizio con Paolo. Ora mi piacerebbe anche chiederti: quali sono stati gli altri gestaltisti con cui ti sei formata?

AR: Paolo è stato la porta che si apriva sulle molteplici strade del mondo della Gestalt. Non ho avuto mai l'occasione di incontrare gestaltisti che la-

voravano in Italia in quell'epoca, penso a Barry Simmons o a Isha Bloomberg. Immediatamente si è aperta la porta dell'estero: altro cambiamento che devo a Paolo. È stato lui che ha aperto, a una insicura ragazzina del Salento, l'opportunità di andare in giro per il mondo. Innanzitutto, l'incontro con Claudio Naranjo, a Brasilia diverse volte, prima ancora che in Spagna dove poi ho lavorato in quel bellissimo luogo che era Babia (una regione della Castiglia e León).

Il lavoro con Claudio Naranjo ha iniziato a far risuonare nella mia anima corde fondamentali e silenziate da tempo. Il lavoro con Paolo aveva evidenziato in me una mente strutturata sul pensiero e sull'azione e agevolato l'apertura del cuore alle sensazioni e al sentimento. Con Claudio si è aperta la porta della spiritualità, porta che intravedevo già, ma che nell'incontro con lui si è spalancata all'esperienza del non materiale, per entrare in contatto con l'infinito inconoscibile e ispiratore a un tempo. Questa è stata per me una rivelazione e la devo assolutamente al lavoro con Claudio, alle ripetute partecipazioni ai suoi gruppi, prima come allieva e in seguito anche come collaboratrice.

Da qui l'incontro con i libri di Gurdjieff, di Castaneda, con un esoterismo che non è verità per pochi, ma apertura verso lo spirituale, verso il senso profondo della vita, verso l'inafferrabile, ma non per questo meno reale, meno trasformativo. Vivere nel mistero non come buio, ma come nuovo, come sconosciuto da incontrare, da attraversare come esperienza personale nel *qui e ora*; un mistero da accogliere come impossibilità di conoscere il futuro e desiderio di aprirsi all'incertezza. Ho imparato a lasciarmi guidare da quella bussola assolutamente individuale e personale che è il "sentire sensoriale ed emotivo", non dalla ragione, che viene dopo ed è sempre al servizio del sentire e dell'immaginare. Questo mi ha insegnato Claudio e io lo ricordo sempre con gratitudine.

Poi arrivarono i corsi in California con Miriam e Erving Polster, amati maestri di vita che mi hanno accompagnata nella formazione pratica alla *Gestalt Therapy* con il loro affetto, la loro stima e, nel tempo, con la costante presenza nella Scuola di Firenze e nei Congressi internazionali da noi organizzati.

In Europa ho incontrato Serge e Anne Ginger e da loro, oltre i fondamentali insegnamenti, ho ricevuto e scambiato amicizia e collaborazioni reciproche e proficue. Con colleghi più vicini alla mia età come Gonzague Masquelier, a Parigi, o Petruska Clarkson, a Londra, con Sandra Salomao a Rio de Janeiro, con Gianni Capitani a Puebla e con Macarena Diuana a Lisbona è nata un'amicizia che ci ha uniti per tutta la vita.

Questi sono stati per me i più importanti maestri, ma sono grata a tutti i

gestaltisti che ho incontrato perché ognuno mi ha nutrito con la propria specificità. Paolo Quattrini per me è stato la porta sul mondo, la bambina che giocava nella piazzetta di Seclì, paesino sperduto del Salento, non avrebbe mai potuto immaginarlo!

MP: Grazie Anna, mi hanno colpito alcune parole che hai detto: creare, trasformare. Pensavo a come la psicoterapia della Gestalt sa creare, costruire e fare con quel che c'è. Non dobbiamo essere diversi da quel che siamo e queste parole che mi dici mi fanno ritrovare un po' il senso dell'inizio anche per me. Dunque, dicevi che con Paolo si sono aperti dei mondi, ma successivamente come avete messo in forma il vostro divenire? Come il vostro sodalizio è diventato un Istituto?

AR: Di nuovo torna in ballo il caso. Ricordo qui un altro collega, che non c'è più, cui devo un ulteriore inizio, non come gestaltista o psicoterapeuta, ma come formatrice: Edoardo Giusti. In un convegno di cui non ricordo la data, incontro Edoardo che mi propone una collaborazione con il suo Istituto: l'ASPIC (Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità). Credo che non sia stata ben vista da tutti la mia entrata nell'Associazione. Non parlo certo di Claudia Montanari insieme alla quale ho fatto anche bei viaggi di piacere e con la quale ancora oggi ho un buon rapporto anche se ci vediamo molto poco. Entrata come collaboratrice all'ASPIC ho iniziato ad osservare come funzionava l'Istituto. Era il tempo in cui il Ministero (al tempo il MIUR N.d.R.) chiedeva agli Istituti esistenti di formalizzare la loro struttura e i programmi dei loro corsi seguendo precise norme per essere riconosciuti e poter così rilasciare attestati di specializzazione post-laurea, validi come titoli di studio per l'esercizio della professione e per i concorsi pubblici. Ecco, io nell'ASPIC credo di essere fiorita più che come terapeuta, come una persona esperta di didattica: insegnavo da oltre 15 anni, ero in grado di scrivere un progetto per il Ministero. Questa è stata la parte fondamentale della mia esperienza in ASPIC. Quel progetto fu approvato mentre ne era stato, nel frattempo, bocciato uno equivalente presentato da Paolo Quattrini, Riccardo Zerbetto, Antonio Ferrara e lo stesso Edoardo.

Io, intanto, dopo la laurea in psicologia, avevo deciso di aprire lo studio privato di psicoterapia. In quel tempo insegnavo ancora nella Scuola. Come psicologa lavoravo soprattutto nel volontariato all'Istituto oncologico Regina Elena dove l'Amministrazione mi aveva dato anche l'incarico di istituire e realizzare corsi di formazione per medici e paramedici sugli aspetti psicologici del loro lavoro. Facevo poche sedute come psicoterapeuta e con poca convinzione. Decisi di uscire dall'ASPIC.

Paolo Quattrini mi propose di lavorare al loro progetto che occorreva rifare completamente prima di essere presentato. Così sono rientrata in contatto stretto con Paolo, anche se il contatto con lui non l'avevo mai perso. L'IGF (Istituto Gestalt Firenze) esisteva da diversi anni e faceva quei corsi informali nei quali anche io mi ero formata. Io proposi a Paolo di lavorare insieme a un progetto autonomo solo del suo Istituto. Lui fu ben felice di accettare a patto che me ne facessi completamente carico. Così l'IGF presentò al MIUR un suo progetto con Paolo Quattrini direttore scientifico e Anna Rita Ravenna direttrice didattica. Il Ministero lo approvò.

MP: Ancora una volta il caso! Ma è stato ancora il caso a guidarvi nella costituzione della FISIG (Federazione Italiana Scuole e Istituti di Gestalt) in risposta alla necessità di colleganza, di riconoscersi tra simili, di ritagliare il proprio spazio nel mondo della psicoterapia italiana con una forza diversa?

AR: Più che “riconoscersi tra simili” direi “riconoscersi tra diversi”: la visione gestaltica univa gli Istituti e aveva senso mettere tutte quelle risorse insieme anche se la formazione e lo stile dei professionisti erano profondamente differenti. La psicoterapia della Gestalt, come ricordate, è nata negli Stati Uniti negli anni '50 ed è arrivata in Italia negli anni '70/'80 e sebbene il riconoscimento ufficiale delle scuole di specializzazione in psicoterapia in Italia sia stato introdotto con la Legge n. 56 del 1989, che ha regolamentato l'esercizio della professione, tuttavia, l'effettivo *iter* per il riconoscimento e l'abilitazione degli istituti privati è stato definito successivamente con il D.M. n. 509 del 1998. Per cui, solo nel 1998/2000 leggi e decreti portarono alla definitiva approvazione delle Scuole di Specializzazione. Le energie che confluirono nella Federazione furono un incredibile supporto per l'affermazione della *Gestalt Therapy* sul territorio nazionale al pari degli altri modelli. La FISIG è stata un propulsore significativo. Quando parlo di diversità, desidero sottolineare che già negli Stati Uniti la *Gestalt Therapy* si era strutturata su una polarità: la Gestalt della West Coast, a Esalen in California dove si stabilisce Fritz Perls dopo il suo ritorno dall'Oriente, e la Gestalt dell'East Coast, a New York con l'Istituto fondato da Fritz e Laura insieme a Paul Goodman e altri e dove Laura resterà tutta la vita. In una superficiale sintesi potremmo dire che la Gestalt dell'East Coast sia di ispirazione più “scientifica” e la Gestalt della West Coast più “umanistica”. Negli Stati Uniti gli anni '50/'60 vedono affermarsi modelli diversi come quello di Carl Rogers e il suo Approccio Centrato sulla Persona, di Alexander Lowen e la Bioenergetica, modelli che prendono le distanze dal cognitivismo e dall'analisi freudiana e junghiana allora imperanti.

MP: Mi incuriosisce questa cosa che dici “mettersi insieme tra diversi”.

AR: Assolutamente! Un altro elemento fondante della psicoterapia della Gestalt, che ha favorito il suo sviluppo anche in Italia, è stato il rispetto tra diversi. Perché di zuffe teoriche ne abbiamo fatte tante, però, dal punto di vista umano, ci siamo sempre rispettati. Almeno io mi sono sentita rispettata e mi sono sempre impegnata a rispettare.

MP: Questo mi fa pensare a cosa di fatto facciamo nella terapia: c'è il rispetto dell'umanità dell'altro, anche se siamo in ruoli diversi, posizioni diverse, ciascuno è consapevole del proprio posto e al tempo stesso è in contemplazione del mistero dell'altro.

AR: Sì, un mistero da svelare, cioè togliere velo dopo velo, ma che non porterà mai a conoscenze e a verità assolute. Questo rende il percorso gestaltico un'avventura. Perché la psicoterapia della Gestalt, come ho già detto, non può essere solo un modello teorico di psicoterapia, deve essere uno stile di vita personale. Secondo me non si può fare il gestaltista nel chiuso del proprio studio e poi uscire nel mondo e muoversi con un altro stile, seguendo altri valori. Non funziona né in un contesto né nell'altro.

MP: Mi incuriosisce quello che dici: sei gestaltista non perché aderisci a una teoria, ma perché la vivi, la incarni. Puoi aggiungere qualcosa su questo?

AR: La teoria è un pensiero astratto e lineare; incarnare un pensiero invece vuol dire viverlo ogni giorno imparando dall'esperienza, trasformarlo e farlo esistere in un continuo divenire. Mi vengono in mente le tabelline stampate nell'ultimo foglio dei quadernini di matematica delle elementari. Erano quelle e non potevano essere altro, dovevo solo impararle a memoria. La psicoterapia della Gestalt la considero, lo ribadisco, uno stile di vita e lo stile non può che nascere dall'esperienza personale: è vivere in continua variazione, qualsiasi sia il modello a cui ci si ispiri. Se non diventiamo gestaltisti, se non impariamo a vivere a modo nostro, secondo i nostri valori nel tempo della nostra esistenza personale, cioè nel continuo divenire della vita quotidiana, allora nella seduta professionale tutto diventa fasullo e non potrà aiutare l'altro a creare il suo stile di vita, a essere se stesso. Non si nasce gestaltisti e non si aderisce a una teoria per fede, lo si diventa per scelta attraverso l'esperienza e lo si continua a scegliere per tutta la vita nel costante divenire che non cessa mai sino all'ultimo istante, sino alla morte.

Aver potuto mettere la mia razionalità, la mia precisione, il mio perfezionismo caratteriali al servizio del sentire, delle sensazioni, dei sentimenti,

dell'immaginazione, della fantasia, della scelta che si apre all'incognita, quindi dell'insicurezza con assunzione di rischio e responsabilità, questo è stato ciò che la psicoterapia della Gestalt mi ha regalato e di cui sento di aver fatto buon uso non perché sono stata brava, ma perché oggi mi sento soddisfatta. Questa per me è la chiave della psicoterapia della Gestalt. Per la piccola Anna le emozioni erano delle sconosciute. Vedere che l'essere diversa da tutti gli altri bambini, adolescenti, giovani e adulti significava costituire la mia unicità, permettermi di realizzare me stessa nel divenire, piuttosto che corrispondere a modelli e stereotipi che mi venivano proposti; questo lo devo al risveglio e alla consapevolezza delle mie sensazioni ed emozioni e questo l'ho imparato nell'incontro con la psicoterapia della Gestalt.

MP: Un'altra cosa che mi ha colpito tra quello che fai e hai fatto, è l'essere co-fondatrice e supervisore del Servizio per l'Adeguamento tra l'Identità Fisica e l'Identità Psicica del San Camillo-Forlanini di Roma. Questo rispetto per l'unicità e per la diversità ti ha guidato in questo lavoro che oserei dire pionieristico?

AR: Ancora una volta il "caso". Da sessanta anni sono moglie di un chirurgo plastico. Quarant'anni fa il figlio di alcuni nostri amici presentò quella che oggi si chiama disforia di genere. Erano tempi in cui in Italia si parlava ben poco di questo tema. I nostri amici si rivolsero a noi, a lui come medico e me come psicologa, per cercare di avere lumi sulla situazione. Allora questa condizione esistenziale veniva genericamente individuata con le parole "transgenderismo/transessualismo" ed era sconosciuta ai più e spesso confusa con situazioni completamente differenti quali intersessualità, omosessualità o travestitismo. Fu in quella occasione che iniziò il nostro percorso di approfondimento del tema. Qualche anno dopo in Italia fu approvata una legge che, riconoscendo quella che oggi si definisce "disforia di genere", poneva le norme per l'istituzione di centri specializzati per la presa in carico del complesso iter di diagnosi ed eventuale percorso di adeguamento, che richiedeva l'intervento di *équipe* interdisciplinari per un lungo periodo di tempo, a volte anche oltre i due anni. Con una legge successiva, la Regione Lazio individuò il San Camillo quale sede del Servizio per il suo territorio. Nell'Ospedale i primari che si erano succeduti sia nei reparti di Chirurgia plastica e ricostruttiva che di Urologia, così come il Servizio di Psicologia, avevano sempre rifiutato le proposte dell'Amministrazione di costituire il Centro. Quando mio marito fu nominato primario, l'Amministratore ripropose la necessità dell'Azienda di costituire il Centro e lui accettò a condizione che gli fosse garantita la possibilità di organizzare un servizio in grado di farsi carico e di affrontare tutti gli aspetti della complessa situazione, dalla

diagnostica al sostegno psicologico, all'assistenza endocrinologica e chirurgica. Nacque così il SAIFIP (Servizio per l'Adeguamento tra Identità Fisica ed Identità Psicica).

Non potendo contare sul Servizio di Psicologia del San Camillo, che persisteva nel suo rifiuto, fu necessario attuare una convenzione esterna che fu fatta con la Cattedra del Professor Vezio Ruggeri, alla Facoltà di Psicologia dell'Università la Sapienza di Roma dove io ero assistente. Il Professore mi delegò, naturalmente sotto la sua supervisione, la costituzione e la direzione del nuovo Servizio di Psicologia del San Camillo. Il Servizio esiste tutt'ora, è parte integrante del SAIFIP e collabora, oltre che con gli specialisti di chirurgia plastica della struttura, con genetisti, endocrinologi, avvocati e tribunali, come richiede il percorso di adeguamento nella sua complessità. Gli operatori si confrontano costantemente, soprattutto nella ricerca scientifica, con altri Centri nazionali ed internazionali. Se l'attività del SAIFIP è andata avanti sino a contare oltre un migliaio di situazioni personali seguite da *équipe* multidisciplinari qualificate, lo si deve a tutti i collaboratori che vi hanno lavorato e vi lavorano, alcuni dei quali gestaltisti come me.

La visione gestaltica è stato il punto di forza che ha permesso di affrontare una condizione esistenziale così complessa e soprattutto messa socialmente all'indice, in particolar modo ai tempi in cui il Servizio è nato. Ricordo ancora un collega dell'Ospedale Gemelli che mi disse: "Tu colludi con la loro follia". Diverse persone sono venute al Servizio e hanno portato a compimento l'*iter* di adeguamento, all'epoca si chiamava così, dopo essere stati in Servizi di altri ospedali dove volevano assolutamente "cambiargli il cervello"! Queste persone erano più traumatizzate dagli aggressivi tentativi degli operatori per costringerli a cambiare la loro visione che non dal disagio che comportava la percezione di se stessi e il loro progetto di espressione nel mondo. Le persone erano profondamente ferite dal rifiuto, dall'angoscia dell'impossibilità di vivere la propria esistenza come sentivano di volerla vivere, più che dalla condizione esistenziale data dalla disforia di genere.

Quando sono andata via dal SAIFIP, ormai 15 anni fa, sono rimasta come supervisore esterno dell'*équipe*. Molte persone mi sono grate per questa mia attività, ma io ringrazio loro che mi hanno permesso di passare dalla teoria alla pratica, di vivere realmente l'accettazione dell'altro, il rispetto verso l'altro nella sua differenza. Ho incontrato situazioni di vita inizialmente incomprensibili per me, per quella che era la mia personale esperienza, situazioni umane che si svelavano e ampliavano la mia visione del mondo nella misura in cui io avevo e mostravo rispetto e fiducia per l'altro. Questo me l'ha permesso la formazione gestaltica. È stato quel servizio il banco di prova definitivo del mio essere gestaltista. Anche questa attività mi ha portato fuori dai

confini nazionali, inizialmente andando a fare esperienza in strutture sanitarie negli Stati Uniti e in Canada, Paesi, a quel tempo, molto più avanzati di noi nella ricerca e nella pratica clinica sul tema dell'identità di genere, successivamente partecipando ed organizzando convegni di studio internazionali nei quali condividere esperienze che, per la loro natura, sul territorio nazionale si riferiscono a numeri limitati di persone.

MP: Certa della tua scelta, dunque! Sono rimasta senza parole. Chiedo se ci sia tra i presenti qualcuno che, avendoti ascoltata, abbia qualche domanda da porre; mi piacerebbe che diventasse un incontro più condiviso.

MSL: Io ho una domanda. Cosa della psicoterapia della Gestalt ti ha cambiato la vita? Tu dici che è una filosofia di vita, sono d'accordo e penso che altri terapeuti che amino il loro approccio direbbero così. Ma cosa ti ha, in particolare, sconvolta, illuminata?

AR: Mi viene in mente il titolo del libro di Paul Tillich, la psicoterapia della Gestalt mi ha dato "il coraggio di esistere". Ho scoperto che "coraggio" non è mancanza di paura, ma paura da cui non ti lasci bloccare e trasformi in compagna di viaggio che accende la tua attenzione. Ho scoperto che tutte le emozioni possono essere impiegate per creare, per costruire e non per bloccare, per distruggere, la paura innanzitutto.

Prima di incontrare la psicoterapia della Gestalt, ero dipendente da un carattere che definirei "tignoso". Nel tempo sono diventata consapevole che la contrapposizione e la sfida sono comunque figlie della dipendenza e, pian piano, ho varcato la soglia che apre alla complessa strada dell'autonomia. Quella strada mi ha portata verso il rispetto per me stessa, così come sono, nel *qui e ora*; alla consapevolezza dei miei limiti non come mancanze, ma come recinto in cui coltivare le mie rose. Da qui è fiorito il coraggio che è sempre compagno della speranza; trasformare la pretesa illusoria in speranza è stato un passaggio fondamentale.

Ero una ragazzina che sognava, ma una cosa sono la fantasia, l'immaginazione ed anche il sogno, altra è la certezza di realizzarli: questa si chiama illusione nella pretesa di cambiare l'altro, nell'attesa della manna dal cielo. La speranza, invece, aiuta ad essere attivi e io lo sono stata molto nella mia vita. A ogni porta che si è chiusa davanti a me, a volte anche con molto dolore, è stata la visione gestaltica a sostenermi e ad aiutarmi a rialzarmi dopo la caduta. Non ricordo più quale dei nostri Maestri americani dicesse "Noi non aiutiamo le persone a non cadere, le aiutiamo a mettere le mani avanti per non farsi troppo male e a imparare a rialzarsi". Questa è stata l'energia che la psicoterapia della Gestalt ha messo in moto dentro di me.

Anni dopo, la “sorte”, apparsa terribilmente avversa, ancora una volta mi ha favorito e diverse persone mi hanno aiutato: ho attraversato la porta di un serio tumore; ne sono venuta fuori fortificata come persona, con il cuore colmo di gratitudine anche se il mio corpo di donna ne è uscito straziato. Questa è stata un'altra esperienza che mi ha portata a preferire l'uso della parola “persona” anziché “uomo/donna”, ma qui si aprirebbe un'altra lunga riflessione. La vita non è fatta di uno stato di felicità che si raggiunge e si mantiene, la vita è fatta di alti e bassi ed è proprio questa differenza che le dà senso: brevi attimi di gioia, di serenità, di felicità conquistati che nel loro insieme formano una collana preziosa.

MP: Nella tua risposta, mi sembra di aver intravisto questa capacità di azione, di movimento, dunque di stare negli accadimenti, negli eventi, in maniera non passiva, hai detto di “non stare ad aspettare la manna dal cielo”. Hai qualche chiarimento su questo? Sull'insegnamento della Gestalt a fare, ad agire, a muoversi ma non illusoriamente?

AR: Muovermi per contrapposizione, questo riconosco come mio tratto caratteriale e stile primordiale. Per esempio, i miei genitori dopo la terza media volevano che io lasciassi la scuola perché allora con le ragazze si tendeva a fare così nella nostra cultura familiare. Non è che io fossi un'amante dello studio, ma mi ribellai per “tigna” pensando: se mio fratello ha proseguito gli studi, voglio farlo anch'io. Non me ne sono mai pentita. Mi sono rifiutata di iscrivermi all'Istituto Magistrale, il massimo che, dopo tante discussioni, mi veniva concesso essendo io femmina e, continuando a lottare, sono riuscita ad iscrivermi al liceo classico, ed in seguito a laurearmi in Scienze Politiche e non in Giurisprudenza, come avrebbe voluto mio padre.

Invece di muovermi per contrapposizione, pian piano, ho imparato a muovermi sulle mie istanze acquisendo la consapevolezza che mi muovevo a rischio, che ogni passo andava verso l'incognita. L'esperienza mi ha insegnato che questo, allo stesso tempo, è il bello e il brutto della vita umana e quindi anche della mia. L'incognita ci permette di creare la strada che potrebbe condurre nella direzione desiderata, la strada che per noi ha senso e gusto già nell'averla immaginata, già nel percorrerla, altrimenti il nostro divenire scorreerebbe sulle rigide rotaie di un binario precostituito di cui ignoriamo direzione e senso. Io non credo al destino. Creare, però, significa osare, aprirsi al rischio, assumersi la responsabilità delle conseguenze delle nostre azioni, conseguenze previste ma soprattutto imprevedibili perché imprevedibili o perché non presenti alla nostra consapevolezza nel momento in cui abbiamo deciso l'azione. Questa si chiama “assunzione di responsabilità”.

Un giorno sono andata via da casa disperata, abitavo al settimo piano,

sono scesa a piedi piangendo a dirotto. Non sapevo dove mi avrebbe portato quella frattura della mia relazione coniugale, ma sapevo che era la mia scelta di quel momento. Mi ha portato dieci anni di separazione da mio marito, dove ognuno immaginava che le strade non si sarebbero mai più incontrate. Con rispetto, con affetto sempre! Dopo dieci anni, ho sentito bussare alla mia porta, l'ho aperta e molto volentieri ho riaccolto mio marito nella mia vita. Era prevedibile? No. Per dieci anni ognuno ha fatto la propria vita, abbiamo incontrato altre persone, non abbiamo vissuto nell'eremo, né lui né io. Questo mi ha dato la psicoterapia della Gestalt: la possibilità di vedere l'azione che si apre verso l'incognita come qualcosa di significativo perché è mossa da istanze personali. Occorre muoversi sostenuti da fiducia in se stessi e speranza, non dall'illusione di fare "la cosa giusta", ma nella consapevolezza che, comunque vadano le cose, si potrà andare oltre e creare nuovo senso per la propria vita. Senza questa visione, senza aver maturato questa filosofia di vita non sarei oggi quella che sono, non sarei oggi qui con voi.

MP: Vuol dire aver fiducia nel fare un passo anche se non è ancora ben definito il percorso, è starci dentro e assumersene la responsabilità. Responsabilità, questa parola mi ha colpito. Cosa può fare oggi la psicoterapia della Gestalt, in questo tempo complicato e complesso, in cui, sempre più, i ragazzi agiscono spinti da un apparente impulso, privi di responsabilità, mossi da pensieri in un corpo che sembra non sentire, non saper mettere in dialogo le diverse istanze interne?

AR: Guardo con un po' di paura e tristezza al mondo di oggi. Naturalmente per l'umanità intera non certo per me stessa. In particolare, per quella minima parte di umanità rappresentata dai miei nipoti. Io ho quattro nipoti femmine e un maschietto. E penso al loro domani: mi preoccupo. Poi mi dico "ma tutta l'umanità è sempre andata avanti". La storia è evoluzione e anche i momenti che vengono vissuti come involuzioni possono costituire apertura verso il nuovo.

Mi soffermo a volte a pensare che non avremmo mai avuto la nostra Costituzione se non ci fossero stati fascismo e nazismo e mi torna in mente il detto "non tutti i mali vengono per nuocere". È chiaramente un'iperbole, i mali restano mali e portano dolore, terrore ma, come cantava anche Fabrizio De André, «dal letame nascono i fiori». Mi sostiene la fiducia negli esseri umani anche se talora mi assale il terrore che l'umanità stia andando verso la deriva. In quei momenti mi ripeto che sono pensieri da vecchi che non sanno più adattarsi creativamente ai cambiamenti in quanto hanno ormai scarse energie e, davanti a loro, un orizzonte limitato. Mi sostiene, però, il pensiero che il mare è fatto di gocce, e che ognuno di noi è una di quelle gocce che può portare al mare il veleno ma anche l'antidoto e il nutrimento.

Secondo me quello che abbiamo perso è questa percezione di quanto importante sia il consapevole contributo dell'individuo e la sua modalità di relazionarsi con l'altro da sé, umano o ambientale che sia, all'interno di una visione rigorosamente comunitaria. Ci stiamo lasciando trascinare come un detrito dalla corrente del fiume; dobbiamo ritrovare il desiderio e l'energia per nuotare a favore e contro corrente, secondo le situazioni. È questa responsabilità individuale che la psicoterapia della Gestalt mi ha insegnato e che io vorrei lasciare in eredità ai miei nipoti. Riappropriamoci di questa responsabilità individuale.

Mi avete domandato "Come affrontiamo questo tempo difficile, incerto, che spesso ci mette sulla stessa barca dei nostri pazienti?". Io trovo una risposta nel senso di appartenenza, di comunità, questa *gestalt* delle differenze, che l'associazionismo crea, è fondamentale secondo me. Da una parte siamo individui, dall'altra dobbiamo mettere in gioco le risorse personali ma al servizio non egoistico, bensì di una comunità cui noi stessi naturalmente apparteniamo e di cui ci gioviamo. Questo mi sembra un lascito fondamentale per il futuro. Questo "complesso insieme", significato stesso della parola *gestalt*, questo tutto che è "altro", qualitativamente diverso dalla somma delle parti, questo è ciò che non dobbiamo perdere di vista: la qualità nella complessità relazionale. Così la vedo, così cerco di praticare, di vivere, di insegnare, di fare la nonna. Tutto con lo stesso spirito.

PLR: Io credo che questa sera Anna ci abbia fatto assaporare aperture e chiusure; in questi ultimi minuti ha ripetuto "è così che io la vedo, è in questo in cui io credo e che vi dico". In realtà sento che questa sera abbiamo avuto moltissimi spunti di riflessione e che probabilmente Anna ha aiutato anche noi a vederla così.

Anna, ci hai trasmesso la tua storia ed esperienza di gestaltista e credo che porteremo con noi molte opportunità di riflessione, per noi stessi e da portare dentro le stanze e negli spazi delle terapie con i pazienti. Direi che ci hai dato una responsabilità in più da condividere e vivere nelle nostre stanze di lavoro. Ti ringrazio.

AR: Sono consapevole ora di aver trascurato una parola fondamentale per noi gestaltisti: empatia. Forse ho dato per scontato che la pratichiamo tutti in quanto ho sentito questo incontro pervaso di empatia. Grazie.

Anna Rita Ravenna: psicologa e psicoterapeuta della Gestalt ad indirizzo fenomenologico-esistenziale, didatta e supervisore in Italia e all'estero. È fondatrice della sede di Roma dell'Istituto Gestalt Firenze (IGF), scuola di specializzazione riconosciuta dal MIUR, di cui è stata direttrice didattica per oltre vent'anni e presso cui svolge tuttora attività di docenza e

supervisione. È stata presidente della Federazione Italiana Scuole e Istituti di Gestalt (FISIG) ed è cofondatrice della Federazione Italiana Gestalt ad orientamento fenomenologico-esistenziale (FeIG). Ha cofondato il SAIFIP (Servizio di Adeguamento tra Identità Fisica e Identità Psichica) presso l'Ospedale San Camillo di Roma, dove è stata responsabile del Servizio di Psicologia e attualmente svolge attività di supervisione. Per oltre quindici anni ha coordinato e formato operatori sanitari in ambito oncologico presso l'Istituto nazionale tumori Regina Elena (IFO) di Roma. Da sempre interessata ai temi sociali dell'emarginazione, è autrice di numerosi articoli su riviste specialistiche e coautrice di volumi sui temi di suo interesse. Svolge attività clinica a Roma e attività didattica e di supervisione in diversi istituti di formazione in psicoterapia della Gestalt, in Italia e all'estero.

Monica Pincirolì: psicologa, psicoterapeuta della Gestalt. Didatta dell'Istituto di Gestalt HCC Italy. Membro del Direttivo della Società Italiana di Gestalt (SIPG). Lavora come libera professionista.

BIBLIOGRAFIA

- Byung Chul Han (2019). *La salvezza del bello*. Milano: Edizioni Nottetempo.
- Ginger S. (2005). *Iniziazione alla Gestalt. L'arte del con-tatto*. Roma: Edizioni Mediterranee.
- Maturana H., Varela F. (1987). *L'albero della conoscenza*. Milano: Edizioni Garzanti.
- Morasso G., Caruso A., Ravenna A.R. (2011). *Le competenze comunicative in oncologia. Un percorso formativo*. Milano: FrancoAngeli.
- Naranjo C. (1996). *Carattere e nevrosi*. Roma: Casa Editrice Astrolabio Ubaldini.
- Naranjo C. (1999). *La via del silenzio e la via delle parole*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Naranjo C. (2015). *Esperienze di trasformazione con l'Enneagramma*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Naranjo C. (2025). *Guarire la mente per salvare il mondo*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Ouspensky P.D. (1978). *La quarta via. Discorsi e dialoghi secondo l'insegnamento di G. I. Gurdjieff*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Perls F.S. (1969). *La terapia gestaltica parola per parola*. Roma: Astrolabio.
- Perls F.S. (1977). *L'approccio della Gestalt. Testimone oculare della terapia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Pizzimenti M., a cura di (2015). *Aggressività e sessualità. Il rapporto figura/sfondo tra dolore e piacere*. Milano: FrancoAngeli.
- Polster E. (1988). *Ogni vita merita un romanzo. Quando raccontarsi è terapia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Polster E. (2007). *Psicoterapia del quotidiano. Migliorare la vita della persona e della comunità*. Trento: Edizioni Erikson.
- Quattrini G.P. (2007). *Fenomenologia dell'esperienza*. Firenze: Zephyro Edizioni.
- Quattrini G.P. (2011). *Per una psicoterapia fenomenologico-esistenziale*. Firenze: Giunti.
- Quattrini G.P. (2021). *L'effetto che fa. Considerazione tecniche sulla pratica della Gestalt*. Roma: Armando.
- Quattrini G.P. (2025). *La ricerca del trascendente. Il trittico delle delizie*. Padova: Edizioni Messaggero.
- Ruggieri V., Ravenna A.R., a cura di (1999). *Transessualismo e identità di genere. Indagine clinica e sperimentale*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Ruggieri V., Ravenna A.R., Chianura L., a cura di (2006). *Esistenze possibili. Clinica, ricerca e percorsi di vita nei disturbi dell'identità di genere*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Tillich P. (1968). *Il coraggio di esistere*. Roma: Astrolabio Ubaldini.

Roubal J. (2025). *A Gestalt Therapist's Guide Through the Depressive Field: Giving Way to Hope*. London, UK: Routledge. ISBN: 978-1032814940, pp. 164, € 26.99



Il volume di Jan Roubal, *A Gestalt Therapist's Guide Through the Depressive Field*, si presenta come un interessante contributo alla letteratura sulla psicoterapia gestaltica, con particolare attenzione alla depressione. Roubal fornisce un orientamento teorico e pratico per i terapeuti, analizzando in profondità le dinamiche emotive, fenomenologiche e relazionali che segnano la risposta della terapia gestaltica a questa complessa condizione. Come lo stesso autore dice: «non descrivo come lavorare con i pazienti depressi, ma piuttosto indico come lavorare con noi stessi quando incontriamo la depressione dell'altro» (Roubal, 2025, p. 3).

Inizialmente, l'autore stabilisce un dialogo diretto con i lettori, affrontando la depressione non come un freddo disturbo clinico, ma come un'esperienza umana profonda, carica di significato. In ogni capitolo troviamo *report* clinici e approfondimenti teorici di notevole rilevanza spesso connessi con ricerche di tipo qualitativo (Roubal e Rihacek, 2016) che descrivono e validano l'esperienza depressiva tra paziente e terapeuta. Questa opera appare essenziale, poiché invita il lettore a esplorare il mondo spesso sfumato della depressione attraverso la lente attenta della terapia gestaltica, il suo approccio umanistico/esperienziale è la profonda interconnessione con la *field theory* (Levin, 1952; Perls *et al.*, 1971; Yontef, 1993; Evans, 2007; Roubal, 2019). Roubal utilizza una narrazione accessibile e coinvolgente, stimolando una riflessione profonda sulle esperienze personali e professionali. Il linguaggio, ottimamente equilibrato tra chiarezza e sensibilità, rende il testo coinvolgente tanto per i professionisti della salute mentale quanto per chi desidera avvicinarsi alla comprensione della condizione umana.

L'autore distilla concetti complessi in un linguaggio semplice, chiarendo come la depressione possa manifestarsi e trasformarsi in una fonte intensa di sofferenza. Invita il lettore a percepire la depressione come un campo relazionale co-creato, in cui l'interazione tra paziente, terapeuta e situazione è fondamentale. Sia il paziente che il terapeuta vengono visti e sostenuti nell'unicità della loro storia. Il linguaggio

Quaderni di Gestalt (ISSNe 2035-6994), XXXIX, n. 1/2026
DOI: 10.3280/qg2026-10a21539

evocativo dell'autore facilita la comprensione degli stati d'animo di chi vive la depressione, evidenziando l'unicità di ogni esperienza, meritevole di attenzione e comprensione.

Il testo si articola in diverse sezioni, ognuna dedicata ad aspetti specifici della depressione attraverso la prospettiva della terapia gestaltica fornendo anche indicazioni di ricerche, alcune messe in atto dall'autore durante la sua lunga esperienza clinica. Lungo il testo, vengono citati diversi clinici contemporanei, che come lui hanno affrontato le esperienze depressive, e che rappresentano per l'autore punti di riferimento cruciali nella sua comprensione del campo depressivo. Roubal inizia con una panoramica delle manifestazioni depressive e delle problematiche di diagnosi, esplorando le radici esistenziali della condizione, come la disconnessione tra Sé e ambiente e l'impatto traumatico su mente e corpo. L'equilibrio tra teoria e pratica emerge come la forza distintiva del libro.

L'empatia e l'alleanza terapeutica sono un tema centrale, Roubal incoraggia i terapeuti a sviluppare relazioni genuine e sensibili con i clienti, facilitando così un'esplorazione profonda delle emozioni. Propone anche esercizi di consapevolezza e integrazione corporea come strumenti per aiutare i pazienti a connettersi con le proprie sensazioni fisiche. Inoltre, il lavoro creativo con immagini e metafore, strumenti chiave nella pratica gestaltica, è fondamentale per tradurre emozioni complesse in esperienze comprensibili. Il richiamo al "qui e ora" è un altro aspetto cruciale, poiché consente di ristrutturare le esperienze vissute e di connettersi con le proprie sensazioni corporee. Accogliere la vulnerabilità e abbracciare l'esperienza umana, anche nelle sue parti più oscure, costituisce un messaggio centrale del libro. La depressione viene quindi descritta non solo come uno squilibrio chimico, ma come uno stato esistenziale profondo che coinvolge e travolge sia il paziente che il terapeuta. L'autore esorta a vedere la depressione non come una malattia ma come una specifica forma di aggiustamento creativo chiamato aggiustamento depressivo.

Roubal evidenzia come il terapeuta non debba solo guidare, ma funzionare come presenza autentica e compassionevole, invitando il paziente a esplorare i propri vissuti. L'autenticità e la trasparenza della figura terapeutica sono essenziali per costruire un'alleanza solida. L'autore invita a considerare le sfide del lavoro terapeutico, esortando a fidarsi della bellezza che emerge nel paziente attraverso il dolore.

Roubal analizza anche come la società moderna contribuisca all'isolamento, sia di chi vive la depressione sia di chi gli sta vicino. In questo contesto, il terapeuta svolge un ruolo fondamentale, creando uno spazio sicuro e attento per il paziente, permettendo di "essere" senza la pressione di dover "fare". L'autore sottolinea inoltre l'importanza di riconoscere che il silenzio in terapia non è una prova di incompetenza, ma un'opportunità umana per il paziente di esplorare le proprie emozioni senza fretta di risolverle. Questo approccio richiede una fiducia profonda nel processo terapeutico e una comprensione che la cura non avviene sempre attraverso soluzioni immediate. È spesso necessario aspettare il momento giusto affinché il paziente possa sentirsi accolto mentre emerge lentamente dai propri abissi.

Nei diversi capitoli, Roubal illustra come il terapeuta rappresenti un compagno di viaggio nel processo di guarigione dalla depressione. Concepisce il terapeuta non solo come un professionista, ma come qualcuno che condivide lo spazio relazionale

del paziente, un concetto centrale nella teoria gestaltica. Roubal enfatizza l'importanza che i terapeuti abbiano consapevolezza dell'impatto delle proprie esperienze di vita nel lavoro terapeutico, definendo la "situazione" come uno spazio condiviso che determina la qualità della relazione terapeutica. L'autenticità del terapeuta, il riconoscimento della propria "pesantezza" e la capacità di restare presenti con ottimismo e energia sono elementi essenziali per facilitare il processo di cura. L'intero libro esorta il terapeuta a prendersi cura di sé per evitare il burn-out, che come non mai in questa esperienza psicopatologica ne rappresenta un rischio e una naturale conseguenza. La capacità di osservare, ascoltare e prestare attenzione, senza necessariamente intervenire con azioni specifiche, emerge come un aspetto cruciale dell'intervento terapeutico descritto nel volume. Roubal sottolinea che il "non fare" è un modo per liberare il terapeuta dalla necessità di risolvere istantaneamente l'esperienza depressiva.

In conclusione, *A Gestalt Therapist's Guide Through the Depressive Field* di Jan Roubal è un'opera che si distingue per la sua unicità e completezza, utile sia per terapeuti gestaltici che per professionisti della salute mentale in generale. L'autore fornisce un'analisi approfondita e strumenti pratici, fondendo teoria e pratica in modo che il testo diventi una risorsa preziosa. La capacità di Roubal di parallelizzare scienza e umanità offre spunti di riflessione e strumenti pratici nel trattamento della depressione. La terapia viene presentata come un atto creativo e co-costruito, in cui la consapevolezza della vulnerabilità reciproca in questo campo, possa permettere al terapeuta di non ammalarsi di depressione ma di creare un'atmosfera libera e creativa che possa favorire un processo di cura. Non ultimi ma ugualmente importanti due capitoli conclusivi: uno che affronta il tema della terapia farmacologica non demonizzata ma vista come alleata importante nella presa in cura, e l'altro sul tema del suicidio, evento che spesso circonda il campo terapeutico e ne regola le attenzioni e la presenza del terapeuta.

Questa opera invita a riflettere sul valore della connessione umana e sull'importanza di un approccio empatico nella gestione della depressione. Leggere il libro diventa un'opportunità per esplorare e diventare consapevoli non solo delle proprie emozioni, ma anche del potere di ogni terapeuta di sostenere i pazienti nel loro cammino verso la guarigione. Roubal non si limita ad approfondire la depressione; propone anche linee guida pratiche su come stabilire connessioni autentiche con coloro che vivono la complessità di questa condizione. In un contesto in cui la depressione è sempre più diffusa, il testo di Roubal offre un'opportunità di riflessione sulla nostra umanità condivisa e sul potere trasformativo di un approccio terapeutico empatico.

Michele Cannavò*

* Psichiatra, Psicoterapeuta della Gestalt, Ph.D., Docente presso l'Università degli Studi della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Catania, Didatta e supervisore internazionale presso Istituto di Gestalt HCC Italy, Collaboratore University of California. E-mail: michele.cannavo@gestalt.i

BIBLIOGRAFIA

- Evans K. (2007). Relational Centered Research: A Work in Progress. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 2: 42-45. DOI: 10.24377/EJQRP.article2869
- Yontef G. (1993). *Awareness, Dialogue and Process*. New York, NY: Gestalt Journal Press.
- Lewin K. (1952). *Field Theory in Social Science*. New York, NY: Harper & Row.
- Roubal J., Rihacek T. (2016). Therapists' in-session Experiences with Depressive Clients: A Grounded Theory. *Psychotherapy Research*, 26, 2: 206-219. DOI: 10.1080/10503307.2014.963731
- Roubal J. (2019). An Experimental Approach: Follow by Leading. In: Brownell P., Ed., *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy*. Cambridge, U.K.: Cambridge Scholars Publishing, pp. 220-267.
- 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).

“Recuperare l’umanità attraverso il senso del noi: la psicoterapia della Gestalt nella cura della sofferenza quotidiana”. Seminario internazionale con Carmen Vázquez Bandín

Rediscovering Humanity Through a Sense of Togetherness: Gestalt Psychotherapy in the Treatment of Everyday Suffering

Milano, 14-15 novembre 2025



Il mondo contemporaneo sembra attraversato da un paradosso: più siamo connessi tecnicamente, più ci sentiamo soli. Più abbiamo strumenti per “fare” e “comunicare”, più faticiamo a restare in contatto con noi stessi e con gli altri. In questo contesto, il seminario internazionale “Recuperare l’umanità attraverso il senso del noi” ha posto al centro dell’attenzione un tema cruciale per la clinica, la formazione e la vita sociale: il ritorno alla dimensione relazionale come via per comprendere e curare la sofferenza quotidiana.

Il seminario è stato condotto da Carmen Vázquez Bandín, psicologa e psicoterapeuta, fondatrice e direttrice del Centro de Terapia y Psicología (CTP), Madrid. Ha dialogato con lei Margherita Spagnuolo Lobb, psicologa, psicoterapeuta e direttrice dell’Istituto di Gestalt HCC Italy.

Il convegno si è aperto in un clima accogliente, caldo e vitale ed ha accolto un centinaio di terapeuti, sia italiani sia stranieri. Il carisma e l’energia di Carmen Vázquez Bandín hanno permesso una profonda riflessione sul ruolo della psicoterapia della Gestalt come lente capace di leggere la sofferenza non solo in quanto fenomeno individuale, ma anche come espressione del campo relazionale in cui il soggetto è immerso (Lewin, 1951). Per un terapeuta della Gestalt è fondamentale, oggi più che mai, ricordare l’importanza dell’esserci con l’altro in un tempo in cui ci si è dimenticati come essere pienamente umani. La psicoterapia della Gestalt diventa un modo di essere e stare nel mondo, che riconosce l’esperienza come fenomeno di campo co-creato tra persona, ambiente e relazione (Perls *et al.*, 1951). La sofferenza quotidiana trova terreno fertile in un Io che si chiude nell’individualismo e un “noi” che diventa forma vuota di collettività, facendo sperimentare isolamento, solitudine, difficoltà nell’incontrarsi e fragilità relazionale (Bauman, 2000).

La relazione di Carmen pone l’attenzione sulla velocità del nostro tempo. Riprendendo il pensiero di Merleau-Ponty (1945), riflette su come la percezione dell’essere umano sia naturalmente legata alla tensione nell’esplorare.

Quaderni di Gestalt (ISSNe 2035-6994), XXXIX, n. 1/2026
DOI: 10.3280/qg2026-10a21909

Nella nostra società accelerata, tuttavia, il sociologo Harmut Rosa (2015) mette in luce un doppio paradosso: non avere il tempo di fermarsi per assimilare le esperienze ci fa sentire il vuoto e il vuoto ci porta all'isolamento e alla disperazione; al tempo stesso, chi prova a sottrarsi all'accelerazione in cui siamo immersi finisce isolato e colpevolizzato di non fare abbastanza; aspetto anche questo che può portare a sentimenti di inadeguatezza e disperazione.

L'antidoto che ci viene costantemente venduto dai *mass media* è un ottimismo basato sulla logica per cui tutto è possibile e ognuno è artefice del proprio destino. Pertanto, chi non è felice lo è perché non sta facendo abbastanza. Questa narrazione, tuttavia, non spiega i sentimenti di vuoto e disperazione oggi così diffusi, e cancella la possibilità del senso del "noi" a favore di un'ottica individualistica e performativa.

Nello scenario in cui ci muoviamo, cosa può offrire di diverso la psicoterapia della Gestalt? Sembra che il nucleo stia nella speranza, intesa come movimento e accettazione della novità, del dolore e dell'incertezza; una speranza senza garanzie, ma come processo continuo anche quando non c'è nulla di determinato da attendere (Borgna, 2014). Carmen propone la visione della speranza accompagnata dalla fede intesa come fiducia in un "noi" che sostiene e permette l'attraversamento del dolore. Citando l'*Io, la fame e l'aggressività* (Perls, 1942), ci invita a riflettere su come tutti noi, per assimilare la novità, abbiamo bisogno di un altro vicino che condivida con noi la sofferenza. La paura della novità può essere sostenuta dalla fede di poter fare qualcosa di bello insieme.

Ancora di più risulta necessario ricostruire in terapia un senso del "noi" che restituisca ai pazienti l'importanza di far parte di una comunità di esseri umani.

Diversi sono stati i *feedback* dei partecipanti, che hanno portato riflessioni sulla differenza fra ottimismo e speranza, declinandola in azioni di cura ed educazione nei bambini come, ad esempio, la visione dell'ottimismo inteso come risoluzione immediata di un problema e speranza come possibilità di attraversarlo insieme.

Carmen ha poi proposto un lavoro in piccoli gruppi: i partecipanti, a turno, sono stati invitati a pensare a quali sostegni alla *funzione io* avessero ricevuto in momenti di separazione della propria vita (se dalle radici familiari, dal gruppo dei pari, dai propri valori/regole personali/abitudini, dalla "polis" intesa come comunità).

L'esperienza portata dai partecipanti ha fatto emergere come la "polis" non sia stata, per molti, un valido sostegno per affrontare un cambiamento significativo.

Recuperare il senso del noi significa quindi estendere la riflessione clinica oltre il *setting* terapeutico, interrogando le forme di convivenza e di responsabilità reciproca. Ed è marcato e profondo lo sguardo della psicoterapia della Gestalt come contributo culturale alla ricostruzione di un tessuto relazionale più umano. Carmen descrive l'essere terapeuti della Gestalt come una vocazione che continua anche fuori dalla stanza di terapia e si concretizza nella capacità di vedere l'altro e di essere pienamente presenti di fronte a lui: un agire piccoli e quotidiani atti di presenza, che contribuiscono a creare un senso del "noi".

L'intervento di Margherita Spagnuolo Lobb apre i lavori del pomeriggio e si concentra sull'importanza dell'intuito estetico (Spagnuolo Lobb, 2017) attraverso il quale il terapeuta della Gestalt può cogliere il campo relazionale del paziente, che include l'altro significativo con cui l'esperienza è stata co-creata. Infatti, il terapeuta

è parte integrante del campo del paziente che nel suo *intenzionarsi* verso il terapeuta porta la propria esperienza che è sempre “esperienza-con-l’altro” e nel farlo si adatta creativamente al terapeuta.

Questo sposta il *focus* della terapia nel “tra”, nella danza del qui e ora della seduta (Spagnuolo Lobb, 2020). In quest’ottica, la sofferenza nasce da mancati atti di riconoscimento: attraverso la Conoscenza Relazionale Estetica (CRE) il terapeuta intuisce in modo incarnato la posizione dell’altro significativo, in modo da fornire al paziente il riconoscimento della sua intenzionalità. Il riconoscimento del movimento intenzionale del paziente e la proposta riparatoria del movimento del terapeuta consentono di co-creare un campo nuovo in cui il cambiamento delle disregolazioni relazionali sofferte dal paziente è possibile (Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021).

Il sostegno terapeutico all’intenzionalità mortificata del paziente fornisce il riconoscimento necessario che restituisce il senso del “noi”.

In chiusura di giornata, ampio spazio è stato dedicato a due lavori personali condotti uno da Carmen e l’altro da Margherita nei quali i partecipanti hanno potuto osservare e sperimentare in modo incarnato come l’azione terapeutica sia orientata all’esperienza relazionale, nel “tra” del paziente con il terapeuta.

La seconda giornata è stata aperta da Carmen che ha proposto ai partecipanti un’esercitazione in piccoli gruppi per allenare e sperimentare la “risonanza cinestetica”: cosa sente il terapeuta nel corpo alla presenza del paziente e come si lascia toccare dal campo attraverso il corpo (Frank e La Barre, 2010).

Tale costrutto è stato poi ampliato da Margherita specificando come il concetto di risonanza, intesa come vibrazione del campo, si integra con quello di empatia incarnata.

Sia Carmen che Margherita condividono lo sguardo sulla seduta terapeutica come campo esperienziale nel quale il sostegno specifico tende non alla persona ma al “noi” che si co-crea.

Segue un lavoro in co-terapia e un lavoro personale condotto da Carmen. In particolare, durante il lavoro in co-terapia è stato possibile osservare l’armonia creata da Carmen e Margherita che con facilità sono state capaci di integrare nel campo le loro diverse modalità di stare al confine di contatto con i sensi aperti lasciandosi “toccare” dall’incontro co-creato con la paziente.

Il seminario si è concluso in un’atmosfera densa, leggera e gioiosa nella quale è stata vivida la sensazione di responsabilità del terapeuta della Gestalt, intesa come *re-spondere* ovvero farsi garante di un cambiamento possibile partendo da uno sguardo di fede pienamente presente, che riconsegna all’ambiente il senso e la preziosità del “noi”.

Francesca Gonella e Virginia Engolini***

* Psicologa, Psicoterapeuta della Gestalt, Didatta in formazione dell’Istituto di Gestalt HCC Italy. E-mail: francescagonella.psy@gmail.com

** Psicologa, Psicoterapeuta della Gestalt. E-mail: virginia.engolini@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

- Bauman Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge, U.K.: Polity Press (trad. it.: *Modernità liquida*. Roma-Bari: Laterza, 2002).
- Borgna E. (2014). *La speranza fragile*. Torino: Einaudi.
- Frank R., La Barre F. (2010). *The First Year and the Rest of Your Life: Movement, Development, and Psychotherapeutic Change*. London, UK: Taylor & Francis-ltd.
- Merleau-Ponty M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard (trad. it.: *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani, 2003).
- Lewin K. (1951). *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*. New York, NY: Harpers.
- Perls, F. (1942). *Hunger, Ego and Aggression: a Revision of Freud's Theory and Method*. New York, NY: Random House (trad. it.: *Io, la fame e l'aggressività*. Milano: FrancoAngeli, 1995).
- 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).
- Rosa H. (2015). *Accelerazione e alienazione. Per una teoria critica del tempo nella tarda modernità*. Torino: Einaudi.
- 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). Situazioni psicopatologiche nella post-pandemia. La psicoterapia della Gestalt relazionale nei campi clinici emergenti. In: S. Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinico e nelle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli, pp. 15-24.

Il bambino dentro e fuori di noi. La cura dell'essenziale in Psicoterapia della Gestalt

The Child Within and Without. Focusing on the Essentials in Gestalt Psychotherapy
Mondello (Palermo), 13-14 febbraio 2026

Come ricordate il vostro “stare con” i vostri *caregiver* durante l'infanzia?

Come vi sentireste a tornare nell'utero materno? Quel luogo antichissimo, di cui conserviamo una memoria corporea, che si innesta nella profondità del nostro essere?

Domande come queste, che possono arrivare come pugni allo stomaco o come leggere farfalle, hanno costellato il seminario di focalizzazione esperienziale che si è tenuto in una stranamente uggiosa Mondello il 13 e 14 febbraio 2026, a cura dell'Istituto di Gestalt HCC Italy, con la vivace e puntuale guida di Rosanna Miliello¹ nel ruolo di *chair*.

¹ Psicologa, Psicoterapeuta della Gestalt, Didatta presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia dell'Istituto di Gestalt HCC Italy.

Dopo i consueti saluti inaugurali delle autorità e della dott.ssa Vincenza Zarcone, Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana, riportati dalla dott.ssa Susanna Marotta², la direttrice dell'Istituto, Margherita Spagnuolo Lobb, ci guida con la maestria del modello dei passi di danza (2019) ad "Amare il bambino che siamo stati", attraverso il contatto con la qualità del nostro legame di attaccamento ai nostri *caregiver*, immettendo subito l'uditorio nell'atmosfera esperienziale del convegno, strutturato in brevi parti teoriche seguite da momenti esperienziali e condivisioni finali in plenaria.

A seguire il primo dei preziosi cinque momenti esperienziali in piccoli gruppi, condotti dai didatti e dagli allievi didatti dell'Istituto: "La situazione della mia nascita: il desiderio di esistere", che con la vibrante e calda voce delle dott.sse Susanna Marotta e Maria Maddalena Di Pasqua² ha offerto ai partecipanti un'esperienza di focalizzazione sensoriale e immaginativa sul periodo prenatale.

Quanto spazio concediamo al nostro bambino interno? È una domanda chiave che dovrebbe porsi il terapeuta, ma addirittura l'elemento cruciale di un buon processo terapeutico, come ha affermato il dott. Pietro Cavaleri.

Il secondo momento è stato sapientemente guidato dalle dott.sse Serena Iacono Isidoro² e Concetta Polizzi³ e ha immerso i partecipanti nei "primi 1000 giorni di vita, tra memorie, bisogni e desideri", in un emozionante contatto con il nostro tempo originario, spesso invisibile ma profondamente attivo nella vita emotiva di ciascuno.

Ogni momento esperienziale è stato seguito da una condivisione in piccoli gruppi facilitati dai didatti e dagli allievi didatti dell'Istituto. Piccole perle di connessione e creatività, i piccoli gruppi, che hanno permesso una sincera e fiduciosa apertura tra i partecipanti, in un clima di intimità e giocosità, tramite delle tecniche espressive che hanno facilitato l'elaborazione e la condivisione dei contenuti emersi.

Contattare un tempo senza linguaggio richiede la grammatica dell'immediatezza, del disegno e delle immagini, ad esempio, in cui i partecipanti si sono cimentati producendo dei piccoli capolavori che hanno impreziosito la sala del convegno di colori, sorrisi e acrobazie per adattare uno spazio adulto a tanti bambini emergenti e creativi.

La prima giornata, infine, si è conclusa con l'intervento "Early interactions during the first two years: Co.Re. in NICU e Dance Steps. Percorsi di ricerca" (2024) a cura di Serena Iacono Isidoro e Concetta Polizzi, che hanno condiviso, con passione e tenerezza, il loro progetto di ricerca presso il reparto di Neonatologia con TIN dell'ASP di Palermo.

Si tratta di un percorso volto a promuovere, sostenere e potenziare le relazioni precoci *caregiver*-bambino nei primi anni di vita, nella cornice teorica della psicoterapia della Gestalt e della psicologia pediatrica.

I bambini amano ascoltare storie, amano sognare a occhi aperti e perdersi nella loro fervida immaginazione.

² Psicologa, Psicoterapeuta della Gestalt, Didatta presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia dell'Istituto di Gestalt HCC Italy.

³ Psicologa, Psicoterapeuta sistemico-relazionale, Professoressa associata di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione presso l'Università di Palermo.

Anche da adulti è possibile recuperare questa importante competenza, ed è quello che hanno incoraggiato le dott.sse Sara Genny Chinnici⁴ e Silvia Tosi⁵ tramite la lettura di un albo illustrato che ha portato l'uditorio a chiedersi: "Che bimbo sono stato io? Quale bimbo porto con me?". Una domanda dai riverberi potenti, che ha energizzato ed emozionato il campo, preparandolo alla seconda giornata di lavoro.

L'intervento della dott.ssa Silvia Tosi ha introdotto l'uditorio alla cornice teorica dell'intervento clinico con i bambini, concetti teorici fondamentali della psicoterapia della Gestalt quali la spontaneità, l'intenzionalità di contatto, lo sviluppo polifonico dei domini e i passi di danza.

Il resoconto clinico di una psicoterapia con una bambina a cura della dott.ssa Sara Genny Chinnici, poi, nella struggente delicatezza e profondità del campo emerso, ci ha resi consapevoli che il bambino, spesso, è terapeuta. E il terapeuta inizia a germogliare da un bambino ferito. Ma se è vero questo, è anche vero che il terapeuta dovrebbe portare con sé la saggezza e la genuinità propria di quel bambino, come nel lavoro in piccoli gruppi ci si è poi interrogati: "Cosa porto, del mio bambino, per essere un buon terapeuta?".

Il pomeriggio della seconda giornata ha affrontato il periodo evolutivo dell'adolescenza – "ballando con le (in)certezze in uno sfondo di (in)sicurezze" – con la dott.ssa Veruska Schillaci⁵, e l'esperienza del giovane adulto, con l'intervento delle dott.sse Stefania Benini⁵ e Alessia Repossi⁵.

Il convegno si è concluso, dunque, con la "meravigliosa forza incosciente del giovane adulto", come hanno messo in luce le relatrici.

Una forza a cui è necessario dare senso e direzione, e portarla nello studio del terapeuta come elemento di vitalità.

Un convegno che ci ha coinvolti e stupiti per la sua natura intrisa di teoria nella pratica.

Un seminario che, grazie al contatto con la genuina saggezza del bambino e dell'adolescente che ognuno custodisce dentro sé, ci ha condotti a chiederci cos'è l'essenziale, come possiamo stare al mondo con il suo sguardo puro e consapevole.

Decisamente gestaltico.

*Maria Iside Polizzi**

⁴ Psicologa, Psicoterapeuta della Gestalt, didatta in formazione presso l'Istituto di Gestalt HCC Italy.

⁵ Psicologa, Psicoterapeuta della Gestalt, Didatta presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia dell'Istituto di Gestalt HCC Italy.

* Psicologa, Psicoterapeuta della Gestalt, Docente di Filosofia e Scienze Umane presso l'Istituto Superiore Majorana-Arcoleo di Caltagirone.

BIBLIOGRAFIA

- Polizzi C., Iacono Isidoro S., Di Pasqua M.M., Fontana V., Marotta S., Perricone G., Spagnuolo Lobb M. (2024). Relational “Dance” Between Mother and Moderately Preterm Infant at 6 and 9 Months of Correct Age: Possible Risk and Protective Factors. *Healthcare*, 12: 2231. DOI: 10.3390/healthcare12222231
- Spagnuolo Lobb M. 2019. La psicoterapia della Gestalt con i bambini: sostenere lo sviluppo polifonico dei domini in un campo di contatti. In: Spagnuolo Lobb M., Levi N., Williams A., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt con i bambini. Dall’epistemologia alla pratica clinica*. Milano: FrancoAngeli.

Il bambino dentro e fuori di noi. La cura dell'essenziale in Psicoterapia della Gestalt

Seminario di focalizzazione esperienziale con crediti ECM

Mondello (Palermo), 13-14 febbraio 2026



Relatori: Stefania Benini, Sara Genny Chinnici, Maria Maddalena Di Pasqua, Serena Iacono Isidoro, Susanna Marotta, Concetta Polizzi, Alessia Repossi, Veruska Schillaci, Margherita Spagnuolo Lobb, Silvia Tosi
Chair: Rosanna Militello

In un mondo che è sull'orlo dell'autodistruzione, che posto hanno i bambini? È cruciale per gli psicoterapeuti rimanere radicati nel corpo e nella relazione, e sostenere la sensibilità umana, sia verso sé stessi che verso tutte le persone.

Il seminario è un'occasione per riscoprire la potenza trasformativa del gioco, della creatività e della relazione autentica.

www.gestalt.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

Edizione fuori commercio
(R112.2026.1)
I semestre 2026

FrancoAngeli s.r.l., V.le Monza 106 - 20127 Milano

ISSNe 2035-6994