

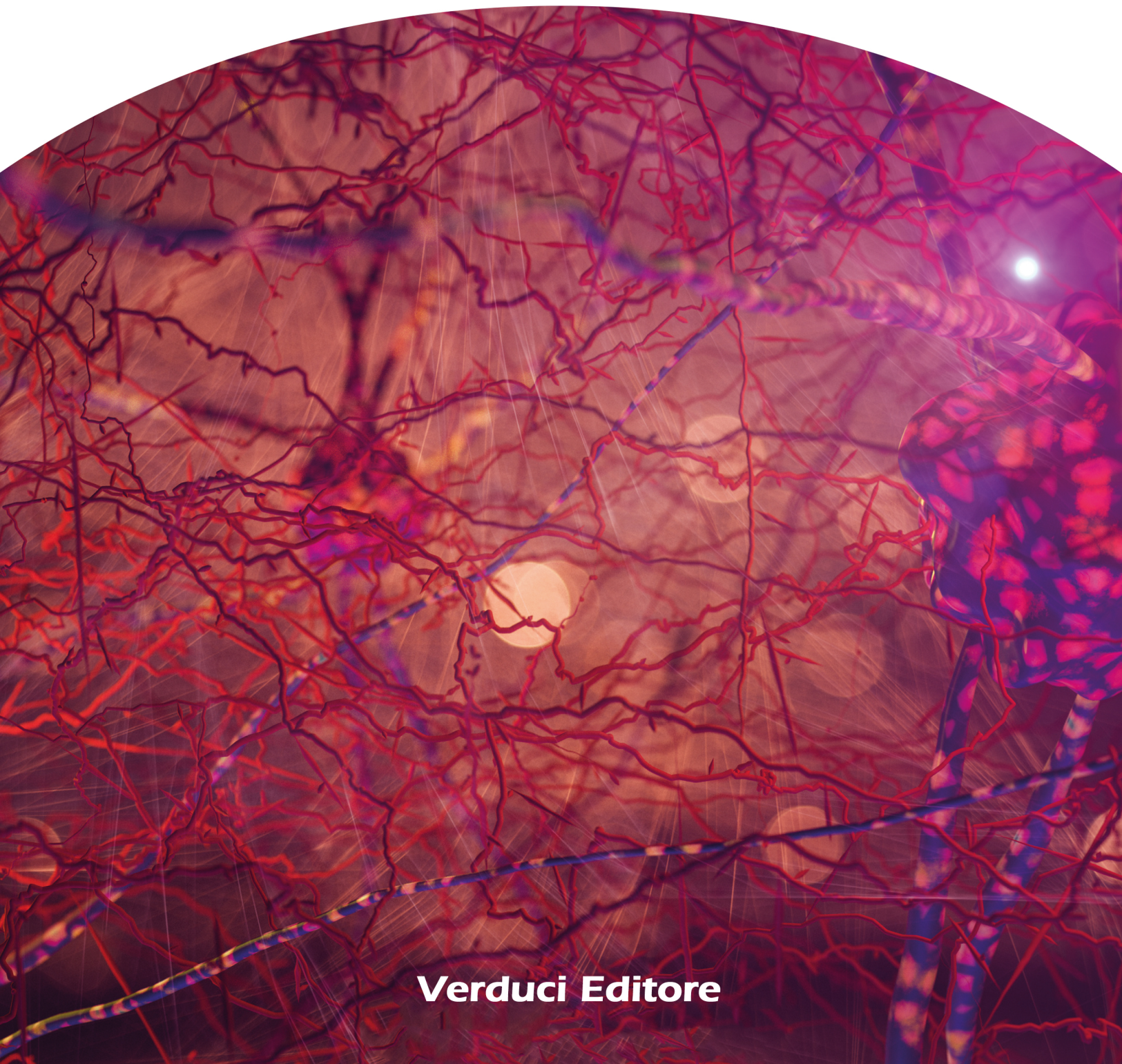
Vol. 7 No. 2, 2025



phenomenajournal

**International Journal of Psychopathology,
Neuroscience and Psychotherapy**

Editor-in-chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD



Verduci Editore



Indice

Il ruolo del disturbo dell'internet gaming disorder nel ritiro sociale in adolescenza: lo spazio Forteen come esempio di intervento multidisciplinare

Adriano De Blasi, Enea Astolfi, Filippo Bucciarelli, Anastasia Giangrande, Arianna Glorioso, Giovanna Maciariello, Maura Perrone.....41

Autismo di livello 1 in assenza di disabilità intellettiva e disturbi d'ansia nell'adulto, tra comorbidità psichiatrica e diagnosi differenziale: una mini-review

Angela Ammendola, Simona Durante, Luca Napolitano, Flavia Morfini 48

Gestalt psychedelic integration

Sara Ballotti, Stefano Roti, Samuele Giovagnini, Matteo Defraia55

L'importanza della diagnosi dimensionale: frammenti di un caso clinico

Simona Durante, Angela Ammendola, Luca Napolitano, Flavia Morfini72

Benessere e qualità della vita per lo psicoterapeuta. Una proposta di ricerca

Nino Geniola, Alessandro Cini, Sara Ballotti, Stefano Roti, Giorgio Gabriele, Angela Verardo77

Editoriale - Amore liquido, legami fragili: la violenza di genere nella crisi delle relazioni

Valeria Cioffi.....82



Articolo di opinione

Il ruolo del disturbo dell'internet gaming disorder nel ritiro sociale in adolescenza: lo spazio Forteen come esempio di intervento multidisciplinare

ADRIANO DE BLASI¹, ENEA ASTOLFI², FILIPPO BUCCIARELLI³, ANASTASIA GIANGRANDE⁴,
ARIANNA GLORIOSO⁵, GIOVANNA MACIARIELLO⁶, MAURA PERRONE⁷

¹Sociologo, Cadiati, Bologna, Italia

²EduGamer presso Forteen, Bologna, Italia

³Medico Specializzando in Psichiatria, Psicoterapeuta in Formazione presso Istituto SIPGI, Torre Annunziata (NA), Italia

⁴Psicologa del Lavoro, Specializzata in Psicologia della Moda, Psicoterapeuta in Formazione presso Istituto CSTG, Milano, Italia

⁵Psicologa Rete Oncologica Campana in Asl Napoli 1 Centro, Mindfulness Educators, Psicoterapeuta in Formazione Gestalt presso Istituto SIPGI, Torre Annunziata (NA), Italia

⁶Sociologa, Docente presso l'Università di Chieti-Pescara, Chieti, Italia

⁷Psicologa Psicoterapeuta, Studio di Psicoterapia Benessere, Napoli, Italia

ABSTRACT

Questo articolo nasce da una riflessione rispetto all'esperienza dello spazio Forteen, luogo di aggregazione situato a Bologna e dedicato ad adolescenti e giovani in situazione di fragilità psichica. Nello spazio Forteen vengono accolti prevalentemente adolescenti e giovani che si trovano in situazioni di ritiro sociale. Il fenomeno del ritiro sociale consiste in un processo di allontanamento di adolescenti e giovani dalle interazioni sociali ed è spesso associato a stati di sofferenza psichica e crisi di autonomia. La scelta di isolarsi può rappresentare una forma di difesa contro ansie interne ed esterne, che in molti casi si manifesta attraverso il gaming e altre attività solitarie. Secondo la prospettiva psicologica, l'isolamento è una risposta maladattativa a un mondo percepito come ostile o eccessivamente performativo, portando i giovani a evitare relazioni e ruoli sociali in cui si sentono inadeguati. La problematica è amplificata dal gaming disorder, in cui il gioco diviene un rifugio emotivo che alimenta ulteriormente l'isolamento e il distacco dal mondo reale. Lo spazio Forteen, attraverso il gaming collettivo e altre attività artistiche e musicali, mira a ricreare un ambiente di socialità sicura, in cui i ragazzi possono sviluppare capacità relazionali in assenza di aspettative performa-

Citation: De Blasi, A., Astolfi, E., Bucciarelli, F., Giangrande, A., Glorioso, A., Maciariello, G., & Perrone, M (2025). The role of internet gaming disorder in social withdrawal during adolescence: the Forteen space as an example of a multidisciplinary intervention. *Phenomena Journal*, 7(2), 41–47. DOI: 10.32069/PJ.2021.2.237.

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Maura Perrone, MD;
e-mail: mauraperrone@gmail.com

Ricevuto: 10 dicembre 2024

Accettato: 12 maggio 2025

Pubblicato: 11 giugno 2025

tive. L'articolo propone un cambio di paradigma che integra prospettive psicologiche e sociologiche per comprendere meglio il disagio giovanile contemporaneo. Si esplora la necessità di approcci innovativi che evitino una patologizzazione delle nuove forme di isolamento sociale, considerando invece l'influenza della società digitale e della comunicazione globale nella costruzione dell'identità e della salute mentale.

Parole Chiave

Ritiro sociale, Internet gaming disorder, Adolescenti, EduGamer.

ABSTRACT in ENGLISH

This article stems from a reflection on the experience of the Forteen space, a gathering place in Bologna dedicated to adolescents and young people with psychosocial vulnerabilities.

Forteen primarily welcomes adolescents and young people who are experiencing social retreat. The phenomenon of social retreat involves a process in which adolescents and young people distance themselves from social interactions and is often associated with states of psychological distress and crises of autonomy. The choice to isolate oneself can represent a defence mechanism against internal and external anxieties, which in many cases manifests through gaming and other solitary activities. From a psychological perspective, isolation is a maladaptive response to a world perceived as hostile or excessively performative, leading young people to avoid relationships and social roles where they feel inadequate. This issue is exacerbated by gaming disorder, where gaming becomes an emotional refuge that further fuels isolation and disconnection from the real world. The Forteen space, through collective gaming and other artistic and musical activities, aims to recreate a safe social environment where young people can develop relational skills without performance expectations. The article advocates for a paradigm shift that integrates psychological and sociological perspectives to better understand contemporary youth distress. It explores the need for innovative approaches that avoid pathologizing new forms of social isolation, instead considering the influence of the digital society and global communication on identity formation and mental health.

Keywords

Social retreat, Internet gaming disorder, Teenagers, EduGamer.

RITIRO SOCIALE E CRISI DI AUTONOMIA

Oggetto di questo articolo è il fenomeno del ritiro sociale nei giovani adolescenti e l'utilizzo del gaming osservato secondo un'ottica multidisciplinare.

Ci troviamo di fronte ad un cambiamento di paradigma in cui il fenomeno del "ritiro sociale" evidenzia un tentativo di evitamento di determinate sperimentazioni vissute come ansiogene, un "fuggire da sé" e dall'altro in cui determinate scelte sono utilizzate anche come una modalità per agire e reagire alle relazioni disturbanti: "...Rinunciano allo sforzo di reggere il personaggio che il legame sociale esige da loro. Rifiutando i vincoli dell'identità cessano di iscriversi in una filiazione, in una storia, e scivolano simbolicamente o realmente fuori della socialità, dove i ruoli vengono assegnati insieme alle responsabilità inerenti al fatto di essere collegati agli altri" [1]. Il ritiro rappresenta un'azione che evidenzia un cambiamento della condizione sociale della sofferenza psichica ed un segnale di difesa significativo rispetto ai conflitti interni ed esterni nel proprio percorso di costruzione di identità.

Il ritiro sociale oltrepassa la psicopatologia per introdurre una sofferenza collettiva che mette in discussione uno dei processi cardine della soggettività: l'autonomizzazione del singolo.

"È in riferimento all'autonomia che il giovane soggetto deve affermarsi per essere sempre all'altezza delle situazioni che gli si presentano. In questo senso il concetto di autonomia diventa un concetto trappola" [2]. In questa prospettiva, per il giovane soggetto, la capacità di costruire un proprio percorso si concentra sull'affermazione di sé che è misurata rispetto alla prestazione e la competitività individuale, mentre si allontana da una rappresentazione simbolica che mette in relazione l'autonomia con il legame sociale [2].

Per i giovani soggetti (o forse non più soggetti), l'io non si definisce più attraverso il legame sociale, ma piuttosto lo mette in discussione e lo rifiuta. Il rifiuto della intersoggettività diventa di fatto un blocco nel percorso di autonomizzazione: la persona si rinchioda e si isola e così risponde al proprio senso di inadeguatezza e sofferenza.

I giovani acquisiscono una sorta di "vulnerabilità sociale", per cui i loro corpi di-

ventano facilmente attaccabili o danneggiabili, in quanto in crisi le loro scelte e la percezione dell'esserci nel mondo.

LETTURA PSICOLOGICA DEL RITIRO SOCIALE

Lancini definisce il ritiro sociale come una condizione complessa in cui gli adolescenti si allontanano dalle interazioni sociali. Le tipologie principali sono l'isolamento volontario e l'evitamento sociale, che possono manifestarsi in modi diversi a seconda del contesto di vita dell'adolescente [3].

Il fenomeno del ritiro sociale, sempre più diffuso tra gli adolescenti, rappresenta un allarmante sintomo di disagio.

Secondo la prospettiva della psicoterapia della Gestalt, il ritiro sociale può essere interpretato come un tentativo maladattativo di proteggersi da un ambiente percepito come troppo stimolante, minaccioso o incongruente con il proprio sé.

Un individuo che si ritira socialmente ha spesso sviluppato una percezione di sé come inadeguato, incapace di soddisfare le aspettative degli altri o di affrontare le sfide della vita sociale: potrebbe sviluppare un'immagine corporea negativa, sentimenti di vergogna e di inadeguatezza ed una conseguente difficoltà nel relazionarsi con gli altri in modo autentico.

Le motivazioni alla base del ritiro sociale sono molteplici e interconnesse. In primo luogo, l'ansia sociale rappresenta una delle cause più rilevanti: molti adolescenti ritirati percepiscono il confronto sociale come una fonte di disagio intenso, spingendoli a evitare situazioni potenzialmente ansiogene [4]. Anche la bassa autostima gioca un ruolo cruciale, inducendo molti giovani a percepirsi come inadeguati e a evitare interazioni che potrebbero metterli alla prova [5]. Inoltre, esperienze traumatiche, come il bullismo, contribuiscono spesso all'adozione di strategie di ritiro, minando la capacità di affrontare il mondo sociale [6]. Il ritiro sociale riduce le opportunità di costruire e mantenere relazioni significative, con effetti di lungo termine sull'isolamento emotivo. Gli adolescenti che si ritirano socialmente perdono contatti cruciali e possibilità di apprendere abilità relazionali, elementi che spesso acquisiscono il senso di solitudine e rendono più complessa

la reintegrazione nel gruppo dei pari [7,8]. Molti adolescenti ritirati sviluppano schemi di pensiero catastrofici, anticipando esiti negativi nelle interazioni, il che contribuisce a rafforzare l'ansia e il ritiro. Per far fronte a questi pensieri disfunzionali, le tecniche di ristrutturazione cognitiva offrono un approccio efficace, aiutando i giovani a sfidare convinzioni autolimitanti [2,9]. L'isolamento sociale è spesso correlato a una maggiore incidenza di ansia e depressione, intensificando stati emotivi negativi e rendendo urgente l'intervento precoce. Identificare e gestire tempestivamente il ritiro sociale può prevenire un deterioramento della salute mentale dell'adolescente, migliorando significativamente le loro prospettive di benessere [10,11].

INTERNET GAMING DISORDER

La tendenza all'isolamento può trovare un'amplificazione nel contesto del gaming disorder, una dipendenza comportamentale caratterizzata da un uso eccessivo e persistente dei videogiochi, che diventano un *rifugio sicuro* per coloro che si sentono insicuri o inadeguati nel mondo reale. Il ritiro sociale negli adolescenti è una condizione complessa che richiede un approccio integrato e, nell'ambito di questo, il gaming disorder rappresenta una sfida crescente e ancora maggiore.

Nel 2019 la World Health Organization ha definito Internet Gaming Disorder come un modello di comportamento di gaming caratterizzato da un controllo compromesso sul gioco, a discapito di altre attività, fino al punto in cui il gioco ha la precedenza su altri interessi ed attività quotidiane, con la continuazione di tale comportamento nonostante il verificarsi di conseguenze negative. Questo comportamento può intensificare la solitudine e la disconnessione emotiva, aggravando ulteriormente lo stato psicologico dell'individuo. Anche La Quinta Edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, redatta dall'American Psychiatric Association, ha riconosciuto i problemi relativi all'utilizzo eccessivo di videogiochi come un disturbo mentale diagnosticabile [5]. All'interno del manuale si parla di *Internet Gaming Disorder* (IGD) per indicare un uso persistente e ricorrente di Internet per partecipare a videogiochi, spesso con altri giocatori, che porta a disagio clinicamente significativo. In generale,

i tassi di prevalenza per l'IGD cambiano in base a una serie di variabili, tra cui il contesto culturale, l'ambiente familiare, fattori psicosociali e comorbidità con altre patologie [12]. Nella letteratura scientifica internazionale sono stati riportati più di 60 studi epidemiologici sulla popolazione generale e sottogruppi [13]. Tali studi hanno rilevato che:

- il disturbo sembra essere diffuso maggiormente negli uomini, in particolare in riferimento ad adolescenti e giovani adulti [14];
- in Asia orientale e sud-orientale vi è una presenza di IGD che va dal 10 al 15% nella popolazione [15];
- tra i Paesi Europei e del Nord America, la prevalenza dell'IGD varia dall'1 al 10% della popolazione [16].

“Recenti studi collegano i recettori stimolati dai videogiochi a quelli stimolati dall'uso di sostanze” [17]. Le implicazioni psicologiche dell'IGD e del conseguente ritiro sociale sono complesse e multifattoriali. Da un lato, l'isolamento può essere visto come una strategia di coping disfunzionale per far fronte a stati emotivi negativi, quali ansia e depressione. Dall'altro, il ritiro sociale stesso può generare una spirale di peggioramento, dove la mancanza di supporto sociale e di stimoli esterni contribuisce a un aumento della dipendenza dal gioco e al peggioramento dei sintomi psicologici. È quindi cruciale comprendere i meccanismi sottostanti e sviluppare interventi mirati per prevenire e affrontare il ritiro sociale e l'IGD, promuovendo una migliore salute mentale e sociale.

RIFLESSIONI SU NUOVI STRUMENTI DI INTERVENTO

Diventa molto complesso trovare nuovi strumenti e forme esistenziali rispetto alle quali i modelli precedenti, in una società sempre più fluida e frammentata, non sono più in grado di fornire.

Secondo Scognamiglio e Russo [18] ci troviamo di fronte ad adolescenti digitalmente modificati. Risulta necessario riconsiderare il nostro concetto di patologia rispetto al senso che il giovane attribuisce a determinati agiti.

La sfida è di riuscire a predisporre dei nuovi dispositivi di costruzione sociale in grado di analizzare ed intervenire in questi nuovi fenomeni che modificano le risposte

e le scelte dei giovani individui sia a livello macrostrutturale sia a livello di configurazioni sociali minime e stati individuali.

Sono le persone, nel nostro caso i ragazzi, ad insegnarci le logiche della cura, non i modelli che sono una conseguenza della nostra osservazione e necessitano di continui aggiustamenti e contestualizzazioni. Il nostro compito è quello di partire dall'osservazione di quanto accade nella clinica, nei luoghi in cui i giovani mostrano le proprie risorse e le forme del malessere. Fondamentale diventa saper individuare e sviluppare una capacità di lettura delle forme dei nuovi rituali presenti nella società contemporanea; imparare a riconoscere quali siano queste forme, quali sono i modelli comunicativi utilizzati per affermare la centralità dell'individuo; indagare la natura processuale della costruzione dell'identità, delle forme di personalità; esaminare i meccanismi mediante i quali questo equilibrio viene ristabilito quando è stato turbato. È la soggettività ed i suoi modelli di costruzione che vengono chiamati in causa in queste forme di disagio. Ci occuperemo di descrivere una proposta di intervento messa in campo a Bologna, all'interno dello Spazio Forteen.

SPAZIO FORTEEN: UN'ESPERIENZA SOCIO-EDUCATIVA PER INTERVENIRE SUL RITIRO SOCIALE

Spazio Forteen è un luogo che accoglie ragazzi dai 16 ai 25 anni; ragazze e ragazzi in una situazione di fragilità psichica seguiti dai servizi, con una presa in carico sin dalla più giovane età. Essi presentano storie di ritiro sociale importante, giovani esordi psicotici, disturbo di personalità border; hanno alle spalle ricoveri psichiatrici, e gravi atti autolesivi. La richiesta dei servizi invianti è quella di permettere il passaggio in maniera più fluida possibile verso una presa in carico dei servizi di salute mentale per adulti; la richiesta esplicita o implicita di questi ragazzi è ambivalente: sia di avere una protezione rispetto all'esposizione delle fatiche del mondo esterno sia di poter volgere uno sguardo verso un orizzonte aperto a delle possibilità [19].

Nello spazio Forteen si organizzano piccoli gruppi di lavoro che si concentrano

su attività legate ai loro comuni interessi. Arte, musica, gioco e gaming sono gli elementi che permettono ai ragazzi che partecipano alle attività in sottogruppo di allenare la capacità di gestire i propri stati interni per agire sull'esterno.

Giovanni 22 anni, in situazione di ritiro sociale:

“A scuola andavo bene ma era una noia mortale... il problema è che nessuno mi ha dato dei veri limiti e nessuno stimolo, io volevo imparare di più, ma nessuno mi aiutava. Ci sono sempre più entrato in questo mondo fino a fare altro... io sono un giocatore di LOL (league of legends) se vuoi essere definito un vero giocatore devi diventare un “degenerate” (degenerato, persona che passa tutto il giorno a giocare e “non toccare mai l'erba”), giocare anche la notte, fare “flaming” (essere aggressivo) con i nemici, devi “farmare” (raccogliere risorse, un'attività che richiede molto tempo). Solo così ti prendono sul serio...non riesci ad avere un senso di appartenenza... anche perché quello che tu chiami il mondo reale non è così bello da vivere... non vedo un futuro per me, ci avete lasciato troppi problemi da risolvere...”

Diversi ragazzi che frequentano il centro hanno caratteristiche simili a quella di Giovanni: intelligenti, competenti ma profondamente annichiliti dal fatalismo della vita. In rete, persone con questo atteggiamento vengono chiamati “doomer” (dall'inglese doom, destino), intendendo con questo termine una visione pessimistica e fatalistica sulla società, sul futuro e sulla propria vita personale. I “doomer” tendono a vedere il mondo come un luogo senza speranza, con problemi irrisolvibili come il cambiamento climatico, la disuguaglianza economica, il declino della civiltà e così via.

Giulia 18 anni:

“A me piace giocare con altri, però appena apro il microfono mi sento dire parole orribili oppure tutti ci provano con me...ho dovuto usare un programma che mi cambia la voce e mi fa sembrare uomo, sennò non riesco a fare nulla. Sono tutti giochi da maschi ma secondo me sono stronzate”.

Giuseppe ha 20 anni:

“Ho troppi pensieri brutti in testa, penso che sono stato bocciato, che non sto più andando a scuola, che sono uno schifo...Quando accendo RUST e parlo con il mio clan smetto di pensare a queste cose. Anche loro sono come me e non mi sento più così. Mi sveglio e gioco finché non vado a dormire, dopo sono troppo stanco e appena tocco il letto mi addormento. In questo gioco ho sempre qualcosa da fare, mi sento sempre utile. Sarà sicuramente una via di fuga ma se non ci gioco mi sento di essere rimasto indietro. In questa maratona della vita manco ho sentito lo sparo”.

Verifichiamo un intenso e costante utilizzo dei videogiochi da parte dei ragazzi che frequentano il centro; la fruizione assume una forma di intrattenimento e di socializzazione. L'appartenenza ad un mondo di gioco con regole e discipline molto precise offre la sensazione di essere membri attivi di una rete sociale che in altre situazioni è percepita come impossibile, non raggiungibile e la sensazione di governare il processo di relazioni. Certi atteggiamenti ricordano i comportamenti che avvengono rispetto alle dipendenze patologiche [20].

Ettore 21 anni, studi interrotti:

“questo gioco di m....non so perché continuo a giocare, mi risucchia le ore e non riesco a staccarmi...non mi diverto neanche più...questo mese ci ho speso 200 euro per le skin...così mi distinguo, ma comunque sono un coglione...solo che poi riprendo sempre”.

La possibilità di recuperare gli errori rispetto alle esperienze della quotidianità diventa un elemento molto attrattivo dei giochi online in quanto permette di placare gli aspetti ansiogeni che alcune situazioni possono produrre.

Mary, 19 anni, deve concludere l'ultimo anno di superiori:

“lo mi sento più tranquilla con questi giochi, posso permettermi di sbagliare perché poi respawno (rinasco) e posso riprendere... se prendo un tre in fisica sai quando le recupero?”

In una società performativa assume un ruolo critico la valutazione dei comporta-

menti in base alle aspettative che poniamo in noi stessi e quelle che pensiamo ci attribuiscono gli altri. Trovare una comfort zone dove mantenere le relazioni ma abbassare il livello di ansia e stress per alcuni ragazzi è vitale.

Cosa accade nello spazio Forteen? Come il gaming diventa una risorsa educativa?

Nello spazio Forteen si pratica il gaming in compagnia: lo spazio di giochi online in presenza consente agli educatori e agli EduGamers di co-costruire con loro un luogo di negoziazione di significati in cui l'aggregazione è centrata sugli interessi personali, in cui non sono previste aspettative performative.

Il gaming in compagnia permette il passaggio della persona 'ritirata' dall'isolamento ad un piccolo gruppo (microcosmo) dove può sperimentare in sicurezza la gestione di emozioni e pensieri per poter poi fare un lavoro rispetto a sé stessa.

Il gioco in uno spazio comune 'reale' offre ai giocatori la possibilità di parlare o fare qualcos'altro in una relazione in presenza. Ciò consente di rompere certi automatismi, mettere in discussione atteggiamenti di isolamento, di commettere errori in sicurezza. La cooperazione delle persone in presenza è un rituale spiazzante per i ragazzi: lo spazio Forteen diventa quello spazio non giudicante dove mettere alla prova le proprie abilità sociali e permettere di utilizzare le medesime tecniche che i ragazzi usano online traducendo in un linguaggio fisico e corporeo. La possibilità di questo passaggio è supportata anche dalla presenza di un "EduGamer" che ha una buona conoscenza di queste metatecnologie e questi linguaggi in modo da diventare il mediatore tra gli educatori, lo spazio ed i ragazzi. In linea con i principi della Recovery College, il tentativo è quello di co-costruire con loro un luogo di negoziazione di significati in cui l'aggregazione è centrata sugli interessi personali, in cui non sono previste aspettative performative ma di relazione socializzante.

CONCLUSIONI

Un approccio sociologico e antropologico potrebbero fornire strumenti di lettura di senso, fornire importanti integrazioni ed un arricchimento alle discipline psico-

logiche e psichiatriche che trattano queste forme di disagio.

La nostra ipotesi è che ci stiamo confrontando con nuove espressioni di umanità in una dimensione di mutazione socio-antropologica che non permette di utilizzare le tradizionali categorizzazioni e strategie di intervento.

Le forme di disagio che si presentano combinano le difficoltà relazionali con il disagio psichico; rispetto agli elementi relazionali presenti in queste situazioni ipotizziamo lo sviluppo di "patologie del sociale" intese come quelle trasformazioni disturbate o iatrogene che il fenomeno della comunicazione globale può produrre nei processi connessi al nostro tipo di società caratterizzata da una infosfera pervasa di codici comunicativi digitali. È necessario un cambio di paradigma ed epistemologico per comprendere meglio questi fenomeni evitando di psicopatologizzare aprioristicamente determinati atteggiamenti.

Uno degli oggetti di studio di questo nuovo paradigma dovrebbe essere il carattere sociale, culturalmente e storicamente determinato, della singolarità, di come essa sia condizionata ed influenzata nello sviluppo delle forme di personalità, ed allo stesso tempo retroagisca sulla personalità stessa, condizionando la soggettività a sua volta.

Da questo punto di vista il concetto di salute mentale diventa una definizione che dovrebbe tenere presente le differenti rappresentazioni collettive emergenti, che riguardano aspetti morali e di coesione sociale che inevitabilmente andranno a condizionare la soggettività del singolo individuo, la strutturazione della propria personalità.

DICHIARAZIONE ETICA

Gli autori dichiarano che le testimonianze e i dati clinici riportati nel presente articolo si riferiscono a persone in carico ai servizi di salute mentale. Per tutelarne la privacy e la dignità, sono stati utilizzati pseudonimi e i dati potenzialmente identificativi (quali età, circostanze specifiche o altri dettagli personali) sono stati modificati o resi non riconoscibili. In considerazione della natura completamente non identificabile dei contenuti, non è stato ritenuto necessario acquisire il consenso informato alla pubblicazione.

La stesura dell'articolo ha seguito i principi etici sanciti dalla Dichiarazione di Helsinki e dalle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali.

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi in relazione ai contenuti del presente articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. Le Breton D.; Fuggire da Sé; 2016 (p. 78), R.Cortina ed., Milano
2. Ehrenberg, A. (2010). *La società del disagio: il mentale e il sociale*. Einaudi.
3. Lancini, M. (2019). Il ritiro sociale negli adolescenti [Social withdrawal in adolescents]. Milan: Raffaello Cortina.
4. Good, B. J. Narrare la medicina: lo sguardo antropologico sul supporto medico-paziente. 1999. *Edizioni di Comunità, Torino*.
5. American Psychiatric Association. (2013). DSM-5-TR - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 5ª ed. Milano, Raffaello Cortina Editore.
6. Bruns, A. (2008). Blogs, Wikipedia, Second Life, and beyond: From production to produsage (Vol. 45). Peter Lang.
7. Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in human behavior*, 18(5), 553-575.
8. Colantuono, C., Della Ceca, C. (2021). Adolescenza e dipendenza da giochi. Istituto per lo studio della psicoterapie. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istitutopsicoterapie.com/adolescenti-e-dipendenza-da-videogiochi/>.
9. De kerckhoVe, D. (1993). Brainframes, Mente, Tecnologia, Mercato. Come le tecnologie della comunicazione trasformano la mente umana. Baskerville.
10. Han, D. H., Kim, S. M., Bae, S., Renshaw, P. F., & Anderson, J. S. (2017). Brain connectivity and psychiatric comorbidity in adolescents with Internet gaming disorder. *Addiction Biology*, 22(3), 802-812.
11. Chen, K. H., Oliffe, J. L., & Kelly, M. T. (2018). Internet gaming disorder: an emergent health issue for men. *American journal of men's health*, 12(4), 1151-1159.
12. Benvenuti, L. (2002). *Malattie Mediali. Elementi di Socioterapia*. Baskerville.
13. Achab, S., Meuli, V., Deluze, J., Thorens, G., Rothern, S., Khazaal, Y., ... & Billieux, J. (2015). Challenges and trends of identification and treatment of disorders associated with problematic use of Internet. Public health implications of excessive use of the Internet, computers, smartphones and similar electronic devices. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
14. Saunders, J. B., Hao, W., Long, J., King, D. L., Mann, K., Fauth-Bühler, M., ... & Poznyak, V. (2017). Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *Journal of behavioral addictions*, 6(3), 271-279.
15. Scognamiglio, R. M., & Russo, S. M. (2018). Adolescenti digitalmente modificati. Competenza somatica e setting terapeutici. Milano: Mimesis Edizioni.
16. Le Breton, D. (2020). *Fuggire da sé: una tentazione contemporanea*. Raffaello Cortina Editore.
17. Boccia, A. G. (2009). Quando le vite sono connesse. In L. Mazzoli (Ed.), *Network effect. Quando la rete diventa pop* (pp. 87-89). Torino: Codice Edizioni.
18. Viola, F., & Idone Cassone, V. (2017). *L'arte del coinvolgimento: emozioni e stimoli per cambiare il mondo*.
19. Kanojia, A. (2024). *How to raise a healthy gamer: Break bad screen habits, end power struggles, and transform your relationship with your kids*. Rodale Books.
20. Smith, K. L., Hummer, T., & Hulvershorn, L. (2015). Videogiochi patologici e la sua relazione con i disturbi da uso di sostanze. *Current Addiction Reports*, 2(4), 302-309.



Mini Review

Autismo di livello 1 in assenza di disabilità intellettiva e disturbi d'ansia nell'adulto, tra comorbidità psichiatrica e diagnosi differenziale: una mini-review

ANGELA AMMENDOLA, SIMONA DURANTE, LUCA NAPOLITANO, FLAVIA MORFINI

SiPGI, Torre Annunziata (NA), Italia

ABSTRACT in ENGLISH

Anxiety-related problems are often comorbid with autism spectrum disorder. This article reviews the scientific literature on the comorbidity between these two clinical conditions, with a particular focus on the behavioral implications of such symptomatic overlap. It will highlight how anxiety may mask or amplify autistic symptoms. In light of this diagnostic complexity, the paper offers insights into the importance of more precise diagnostic approaches and strategies to improve therapeutic intervention. This way, the intervention plan is more effective and tailored to the specific patient.

Keywords

Autism, Anxiety, Adult, Differential diagnosis, Comorbidity.

ABSTRACT

Le problematiche di tipo ansioso sono spesso in comorbidità col disturbo dello spettro autistico. Il presente articolo descrive una revisione della letteratura scientifica inerente la comorbidità tra queste due condizioni cliniche. In particolare, il focus è sulle implicazioni comportamentali di tale sovrapposizione sintomatologica. Verrà messa in luce, pertanto, la modalità in cui l'ansia mascheri o amplifichi i sintomi autistici. In virtù di tale complessità diagnostica, il lavoro offre spunti sull'importanza di approcci diagnostici più precisi e strategie per migliorare l'intervento terapeutico. In tal modo, il piano d'intervento è più efficace e cucito addosso allo specifico paziente.

Parole Chiave

Autism, Ansia, Adulti, Diagnosi differenziale, Comorbidità.

Citation: Ammendola, A., Durante, S., Napolitano, L., & Morfini, F. (2025). Level 1 autism without intellectual disability and anxiety disorders in adults: between psychiatric comorbidity and differential diagnosis – a mini-review. *Phenomena Journal*, 7(2), 48–54. DOI: 10.32069/PJ.2021.2.231.

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Angela Ammendola, MD;
e-mail: angela.amme88@gmail.com

Ricevuto: 10 dicembre 2024

Accettato: 15 maggio 2025

Pubblicato: 11 giugno 2025

INTRODUZIONE

La ricerca sui processi di sviluppo dei disturbi dello spettro autistico riveste un'importanza cruciale per comprendere e far luce sulla complessità di tale funzionamento. L'autismo di livello 1 in assenza di disabilità intellettiva presenta sfide nella comunicazione sociale, nell'interazione e nella gestione e regolazione emotiva. Questa forma di autismo include persone che possono manifestare comportamenti e pensieri rigidamente categoriali, difficoltà nell'adattamento a nuove situazioni, una soglia di sensibilità molto elevata rispetto a stimoli sensoriali e difficoltà di comunicazione, adottando uno stile comunicativo logico, diretto e letterale [1]. I disturbi d'ansia comprendono una gamma di condizioni caratterizzate da paure e preoccupazioni eccessive, che possono manifestarsi in forme come il disturbo d'ansia generalizzato, le fobie specifiche o il disturbo di panico [2]. Queste condizioni sono spesso accompagnate da sintomi fisici e comportamentali, compromettendo la qualità della vita e causando un significativo, pervasivo e persistente disagio emotivo. Le difficoltà sociali e le peculiari modalità cognitive delle persone con autismo possono predisporre a livelli elevati di ansia, poiché spesso faticano ad adattarsi a situazioni nuove o a gestire l'ignoto e l'imprevisto. Questo legame tra le due condizioni può intensificare l'impatto complessivo sul funzionamento quotidiano e sulla salute mentale. I comportamenti nell'autismo possono generare ansia per una serie di motivi: la difficoltà nell'esprimere i propri bisogni in maniera funzionale; la pressione sociale percepita quando mettono in atto comportamenti che possono essere mal interpretati dagli altri, come ad esempio le stereotipie e la messa in atto di comportamenti auto o eteroaggressivi quando non riescono a far comprendere ciò che desiderano. Inoltre, si reputa opportuno sottolineare la distinzione tra l'ansia e l'angoscia, le quali sono frequentemente riscontrate nelle persone autistiche e che presentano alcune differenze importanti tra esse: l'ansia può derivare da cambiamenti nella routine, difficoltà di socializzazione o sovraccarico sensoriale ed è la risposta emotiva reattiva a una situazione specifica percepita come minacciosa. Può anche essere causata da aspettative sociali non comprese. L'ango-

scia può emergere in situazioni di stress estremo o quando ci si sente completamente sopraffatti dalle emozioni e dalle esperienze sensoriali, generando una sensazione di oppressione più generalizzata. È meno legata a fattori immediati e può essere anche più diffusa dell'ansia [3].

MATERIALI E METODI

La domanda che ha guidato il presente articolo deriva dal voler sintetizzare cosa è presente nella più recente letteratura scientifica riguardo la comorbidità psichiatrica e la diagnosi differenziale tra autismo di livello 1 in assenza di disabilità intellettiva e disturbi d'ansia. Parimenti, si vogliono approfondire le nuove frontiere di intervento per trattare adeguatamente la complessità delle psicopatologie legate all'ansia che intersecano la condizione autistica. Il modello utilizzato nella presente revisione è quella del metodo PRISMA [4].

Criteria di ammissibilità per gli articoli selezionati

Allo scopo di rispondere al quesito di ricerca e identificare gli articoli pertinenti l'oggetto di studio è stata svolta dagli autori una ricerca sui due database elettronici Google Scholar e PubMed, da cui sono stati selezionati articoli pubblicati tra il 2014 e il 2024, utilizzando come dati di ricerca le seguenti parole chiave: autism, anxiety, comorbidity, differential diagnosis. Il corrispettivo delle stesse per la lingua italiana: autismo, ansia, comorbidità, diagnosi differenziale. Le lingue scelte sono l'italiano e l'inglese, sono state selezionate review e ricerche qualitative che rispondevano al focus che s'intende trattare e sono stati esclusi gli articoli non pertinenti l'oggetto d'indagine (Tab. 1) (Fig. 1).

RISULTATI

Dalla sintesi dei risultati, emerge che l'incidenza dei disturbi d'ansia nella popolazione autistica adulta è ritenuta significativamente alta. Secondo le fonti incluse nella sintesi qualitativa di questo lavoro di ricerca, i disturbi d'ansia possono manifestarsi in modo più frequente e

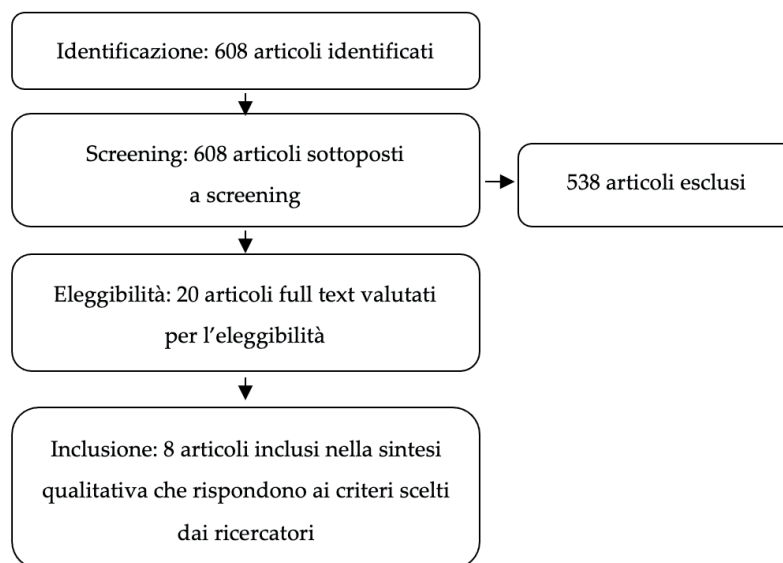


Figura 1. Diagramma di flusso processo di selezione articoli.

importante rispetto alla popolazione neurotipica e si stima che la prevalenza di tali disturbi possa essere più del doppio in persone con autismo di livello 1 in assenza di disabilità intellettiva. Sembrerebbe che le motivazioni alla base di questa incidenza molto più alta possano includere diversi fattori. La relazione tra sensorialità e ansia nell'autismo è significativa e complessa. Le persone nello spettro autistico spesso sperimentano una sensibilità e una suscettibilità sensoriale variabile, che può

contribuire in modo sostanziale alla genesi di meccanismi ansiogeni. Molte persone autistiche sono ipersensibili a stimoli sensoriali come suoni, luci, odori e tatto. Questi stimoli possono risultare opprimenti e innescare risposte ansiose. Al contrario, alcune persone possono presentare iposensibilità, cercando attivamente stimoli sensoriali. Anche in questo caso, la difficoltà a regolare l'intensità degli stimoli può portare a situazioni stressanti e ansiose. Ambienti affollati o caotici, come feste,

Tabella 1. Criteri di ammissibilità.

Critério	Inclusione	Esclusione
Anno pubblicazione	2014-2024	Studi precedenti al 2014
Lingua	Inglese/ italiano	Altre lingue
Focus dello studio	Problematiche legate alla diagnosi differenziale e alla comorbidità nel processo diagnostico e terapeutico di: persone adulte con autismo di livello 1 e con disturbi d'ansia	Nessuna osservazione delle problematiche che si vogliono indagare
Focus della letteratura	Studi inerenti alla diagnosi differenziale e/o comorbidità tra autismo e disturbi d'ansia	Articoli i cui temi divergono dal confronto tra le condizioni oggetto d'indagine
Campione degli studi	Soggetti autistici di tipo 1 di età adulta con un funzionamento cognitivo nella norma o non inferiore al cut off per la diagnosi di disabilità intellettiva	Soggetti aventi diagnosi di disabilità intellettiva e comorbidità con le condizioni oggetti di studio Bambini e anziani

centri commerciali o eventi pubblici possono diventare estremamente stressanti a causa del sovraccarico di stimoli sensoriali. Questo sovraccarico può scatenare ansia, portando a comportamenti di fuga o a crisi. L'incapacità di gestire le risposte emotive in situazioni di sovraccarico sensoriale può intensificare l'ansia, rendendo difficile per l'individuo autistico trovare calmante o strategia di coping [5]. La neurobiologia dell'autismo può predisporre gli individui a sviluppare ansia e le alterazioni nelle vie cerebrali che regolano le emozioni possono contribuire a questa vulnerabilità sintomatologica. I difetti nei sistemi neurochimici, in particolare quelli legati alla serotonina e al GABA, possono influenzare l'umore, la disregolazione dello stress e appunto i livelli di ansia. Gli studi hanno evidenziato differenze nelle connessioni cerebrali e nel funzionamento dell'amigdala, una regione del cervello associata alle emozioni e alla risposta allo stress, che possono favorire l'insorgenza di tali disturbi d'ansia [6]. Inoltre, le persone con autismo possono manifestare una maggiore sensibilità agli stimoli sensoriali, che può portare a un sovraccarico sensoriale e, quindi, a sentirsi ansiosi. Fattori fisiologici che possono contribuire all'insorgenza di disturbi del sonno e problemi gastrointestinali, comuni nelle persone con autismo, possono concorrere allo sviluppo di livelli più elevati di ansia. I fattori psicologici, quali le difficoltà nella comunicazione e nelle interazioni sociali, possono portare a esperienze stressanti e di isolamento, aumentando significativamente il rischio di sviluppare disturbi d'ansia. Ancora, i fattori ambientali e sociali che conducono la persona con autismo a sfide quotidiane, come l'adattamento alle situazioni sociali, la difficoltà a gestire i cambiamenti nell'ambiente e di routine e le esperienze ripetute di interpretazioni errate di situazioni sociali, nonché la difficoltà nella comunicazione rispetto a condizioni nuove e non familiari, possono generare livelli di ansia [7]. Le esperienze di vita, infine, che spesso parlano di una storia personale costellata di vissuti di discriminazione e esclusione possono contribuire a una maggiore suscettibilità all'ansia. Dai risultati, emerge, inoltre, che l'ansia possa mascherare o amplificare le manifestazioni della sintomatologia autistica, rendendo per il clinico ostico e complesso comprendere se i sintomi nell'autismo come l'ansia siano inestricabilmente intrecciati con

le caratteristiche principali dello spettro o riflettano una distinta vulnerabilità. Le difficoltà associate alla comorbidità forniscono un valido orientamento per approcciarsi alle difficoltà diagnostiche attraverso lo sviluppo di sistemi dimensionali per la classificazione delle condizioni oggetto di tale studio. L'imbarazzo, l'evitamento sociale, il comportamento compulsivo e rituale, così come alcuni deficit di comunicazione, possono essere aree di sovrapposizione estremamente problematiche. Ad aumentare la complessità è il fatto che i sintomi dell'ansia possano manifestarsi sia in maniera atipica nelle persone con autismo sia in forma tipica, la cui manifestazione, in questo caso, somiglia all'espressione dei sintomi e condivide con la neurotipia la gravità, la traiettoria e la sensibilità ai fattori di sviluppo [8]. Relazionando i risultati alla domanda di ricerca, si è evidenziato che un'elevata prevalenza di intolleranza all'incertezza tra le persone con spettro dell'autismo spesso li espone a un maggior rischio di ansia sociale e la stessa intolleranza all'incertezza si configura come fattore intermedio nella genesi dell'ansia negli adulti con autismo. La compromissione della regolazione emotiva espone le persone con autismo a un rischio maggiore di sviluppare ansia sociale. Questo potrebbe essere spiegato da una ridotta prestazione cognitiva sociale che influenza negativamente la capacità di riconoscere e interpretare segnali, favorendo lo sviluppo dell'ansia. Si stima che anche alti livelli di compromissione della comunicazione sociale e della motivazione sociale sono tra i fattori di rischio per l'ansia [9]. Dai dati emerge inoltre che i sintomi di ansia hanno un impatto negativo sui deficit sociali nell'autismo e le conseguenze potrebbero essere l'evitamento sociale, la comunicazione sociale compromessa e una maggiore sensibilità sociale. Ciò suggerisce che il collegamento tra deficit sociali e ansia nell'autismo è bidirezionale, ovvero i deficit sociali portano all'ansia, mentre i sintomi di ansia potrebbero anche esacerbare i deficit sociali [10]. La ridotta fissazione degli occhi e la scarsa capacità di riconoscimento della paura influenzano l'ansia sociale tra le persone con autismo poiché questi fattori influenzano la capacità di elaborazione delle informazioni necessari per l'interazione sociale [11]. Nelle persone con autismo è stata riscontrata una riduzione della risposta fisiologi-

ca di fronte a una situazione che provoca ansia. Potrebbe essere che le persone con autismo si distacchino attivamente e rapidamente dagli stimoli che provocano ansia perché sono estremamente aversivi. La conseguenza di questo evitamento è che sono quindi meno influenzati dall'esperienza. Ci sono, infine, prove emergenti che potrebbero esserci risposte neurobiologiche alterate allo stress e all'ansia nelle persone con autismo che differiscono dalle risposte osservate nelle persone con sviluppo tipico [12].

DISCUSSIONE

La sovrapposibilità sintomatologica tra i disturbi d'ansia e i disturbi dello spettro dell'autismo rappresenta una sfida significativa per i clinici nel campo del benessere psicofisico. Questa intersezione di sintomi può confondere i processi diagnostici e portare a trattamenti inadeguati, compromettendo il benessere dei pazienti. Infatti, molti individui con disturbo dello spettro autistico mostrano comportamenti ansiosi e viceversa, rendendo necessario un processo attento, strutturato e metodico di valutazione [13]. È quindi cruciale sottolineare l'importanza di una diagnosi dimensionale, che consideri l'intensità e la manifestazione dei sintomi piuttosto che limitarsi a categorizzare le problematiche. La diagnosi dimensionale consente di riconoscere le sfumature nel comportamento e nell'esperienza emotiva delle persone, facilitando una comprensione più profonda dei loro bisogni e delle loro esigenze di vita. È importante tenere conto della storia clinica, del contesto sociale, dell'ambiente e dell'esperienza soggettiva del paziente rispetto a tutti i suoi livelli e accogliere e adottare un approccio ecologico, che consideri l'individuo all'interno del suo contesto di vita.

L'esame della qualità dei vissuti ansiosi e il momento nel quale si innestano forniscono elementi che ci consentono una maggiore comprensione del processo comportamentale. In altri termini, nell'autismo di livello 1, il ruolo delle emozioni è prioritario sia perché determina il bisogno del paziente, utilizzando un linguaggio mutuato dall'Applied Behavioural Analysis (ABA) sia perché orienta la risposta comportamentale in direzione dell'obiettivo [14].

Questo approccio sostiene che il comportamento e le difficoltà psicologiche

non possano essere compresi senza tener conto delle relazioni con l'ambiente sociale, culturale ed economico in cui la persona vive. In tal senso, l'approccio ecologico incoraggia una valutazione che vada oltre i sintomi isolati, includendo le interazioni tra gli individui e il loro ambiente, permettendo così di identificare le influenze esterne che possono contribuire ai sintomi riportati [15]. Pertanto, la complessità dell'interazione tra disturbi d'ansia e disturbi dello spettro dell'autismo richiede una maggiore attenzione e l'implementazione di strumenti diagnostici più efficaci e mirati. Il contesto è fondamentale per osservare e comprendere gli antecedenti dei comportamenti ansiosi nell'autismo. Attraverso tale osservazione, si può riconoscere quali fattori scatenanti sono presenti nell'ambiente e come può variare l'ansia a seconda di questo, stabilendo una relazione di causa ed effetto tra eventi e comportamenti. Effettuare una diagnosi dimensionale il cui fondamento metodologico è l'approccio ecologico, rappresenta un passo decisivo per favorire il miglioramento della qualità degli interventi terapeutici e offrire ai pazienti un percorso di cura sempre più adeguato e personalizzato [16]. L'ansia e gli interessi speciali sono due aspetti rilevanti nell'autismo che possono interagire in modi diversi. Gli interessi speciali possono servire come un modo efficace per ridurre l'ansia. Immergersi in un'attività o un argomento preferito può fornire un senso di gioia, rilassamento e controllo e offrono una routine e un contesto prevedibile, che possono aiutare a mitigare l'ansia legata a situazioni incognite o imprevedibili. Possono, inoltre, essere la chiave per facilitare conversazioni e interazioni sociali quando condivisi con altri e possono aiutare a trovare punti in comune con altri, riducendo così l'ansia sociale e creando opportunità per legami significativi. Di contro, situazioni stressanti possono interrompere il coinvolgimento in un interesse speciale, aggravando il disagio e l'interesse speciale stesso può diventare un'ossessione, portando a comportamenti ansiosi se la persona con autismo percepisce che il suo accesso a quell'interesse è minacciato. Il vissuto ansioso può evolvere in paranoia nell'autismo attraverso vari meccanismi e fattori. Quando l'ansia si cronicizza, può sfociare in pensieri paranoici. Le persone nello spettro autistico possono avere difficoltà a interpretare segnali so-

ciali e emozioni altrui, il che può portare a fraintendimenti che alimentano ansia e sospetti e può portare a un ciclo di pensieri ruminativi, dove la persona si sofferma su situazioni o potenziali minacce. Questo processo può sfociare in pensieri paranoici se la ruminazione diventa eccessiva [17].

In sintesi, le *variabili in comune* tra lo spettro autistico e i disturbi d'ansia che rendono faticoso il lavoro del clinico possono includere:

1. difficoltà nella comunicazione: le persone con autismo e chi soffre di ansia possono avere difficoltà a esprimere i propri pensieri o a comunicare in modo efficace;
2. reazioni intense a stimoli esterni: entrambi possono sperimentare una risposta eccessiva a stimoli sensoriali, come rumori forti o luci intense;
3. difficoltà sociali: sia le persone con autismo che quelle con ansia possono trovare difficile interagire socialmente, sentirsi a disagio in contesti sociali o avere paura del giudizio altrui;
4. difficoltà nella gestione delle emozioni: entrambi possono avere difficoltà a riconoscere e gestire le proprie emozioni, portando a frustrazione o esplosioni emotive;
5. sensibilità all'incertezza: l'intolleranza all'incertezza è comune in entrambi, con una forte reazione all'idea di situazioni impreviste o fuori dal controllo;
6. difficoltà nell'adattamento ai cambiamenti: cambiamenti nella routine o nell'ambiente possono essere problematici per entrambe le condizioni.

CONCLUSIONI

Le persone con autismo possono avere diverse modalità di interazione sociale. Alcuni possono desiderare relazioni ma trovare difficile comunicarlo o interagire in modo che si sentano a loro agio. Altri possono avere meno interesse per le interazioni sociali, il che può rendere difficile capire cosa desiderano veramente. Le sfide nel capire le norme e le aspettative sociali possono portare a una maggiore ansia. La paura dell'errore o del rifiuto può innescare un comportamento di evitamento sociale. Le persone autistiche possono essere particolarmente sensibili a stimoli ambientali (suoni, luci, affollamento), che possono generare ansia e disagio, indipendentemen-

te dal desiderio di relazione. Rispetto alla condizione patoplastica, l'ansia potrebbe essere vista come parte della condizione autistica stessa piuttosto che un risultato di evitamento sociale. In conclusione, la relazione tra difficoltà relazionali, ansia ed autismo è complessa e può variare significativamente da persona a persona. Comprendere queste dinamiche è fondamentale per offrire il supporto adeguato e rispondere ai bisogni individuali [18]. Dunque, gli sviluppi della ricerca sembrano debbano muoversi nella direzione di affinare strumenti diagnostici per rilevare precocemente nuclei ansiogeni al fine di delineare progetti terapeutici personalizzati e adeguati a migliorare i livelli dell'esperienza delle persone con autismo e favorire un adattamento psicosociale e un maggior benessere per essere e stare al mondo.

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi in relazione ai contenuti del presente articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. Baron-Cohen, S. (1997). *L'autismo e la lettura della mente*. Astrolabio Ubaldini.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione (DSM-5)* (Ed. it., Raffaello Cortina, 2015).
3. Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis* (2nd ed.). Pearson Merrill Prentice Hall.
4. Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *Bmj*, 339.
5. Martin, G., Pear, J., & Moderato, P. (2000). *Strategie e tecniche per il cambiamento: la via comportamentale*. McGraw-Hill libri Italia.
6. Nimmo-Smith, V., Heuvelman, H., Dalman, C., Lundberg, M., Idring, S., Carpenter, P., ... & Rai, D. (2020). Anxiety disorders in adults with autism spectrum disorder: A population-based study. *Journal of autism and developmental disorders*, 50, 308-318.

7. Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(4), 559-572.
8. Davis, T. E., III, White, S. W., & Ollendick, T. H. (2014). *Handbook of autism and anxiety*. Springer.
9. Zaboski, B. A., & Storch, E. A. (2018). Comorbid autism spectrum disorder and anxiety disorders: a brief review. *Future neurology*, 13(1), 31-37.
10. Maddox, B. B., & White, S. W. (2015). Comorbid social anxiety disorder in adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45, 3949-3960.
11. Montaser, J., Umeano, L., Pujari, H. P., Nasiri, S. M. Z., Parisapogu, A., Shah, A., ... & Nasiri, S. M. Z. J. (2023). Correlations between the development of social anxiety and individuals with autism spectrum disorder: a systematic review. *Cureus*, 15(9).
12. Riis, K., Samulski, B., Neely, K. A., & Laverdure, P. (2024). Physical Activity for Anxiety for Autistic People: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-17.
13. World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. Disponibile all'indirizzo: <https://icd.who.int/>.
14. Morfini, F. (2021). I disturbi del neurosviluppo: verso un modello clinico integrato. *Phenomena Journal*, 3(1), 1-18.
15. Helzer, J. E., Kraemer, H. C., Krueger, R. F., Wittchen, H. U., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A. (Eds.). (2009). Dimensional approaches in diagnostic classification: Refining the research agenda for DSM-V.
16. Di Adamo, L. (2022). Filosofia e clinica: un nuovo approccio all'autismo di livello 1 e alla neurodiversità.
17. Keller, R. (2016). *I disturbi dello spettro autistico in adolescenza e in età adulta: aspetti diagnostici e proposte di intervento*. Edizioni Centro Studi Erickson.
18. Faggioli, R., & Lorenzo, J. S. (2014). *Dentro l'autismo*. Franco Angeli.



Ipotesi e metodi di studio

Gestalt psychedelic integration

SARA BALLOTTI, STEFANO ROTI, SAMUELE GIOVAGNINI, MATTEO DEFRAIA

Istituto Gestalt Firenze, Firenze, Italia

ABSTRACT in ENGLISH

In this paper, we explore the history and development of the integration of non-ordinary states of consciousness, leading up to the definitions and models currently in use. We then propose a new model of psychedelic integration, Gestalt Psychedelic Integration, based on Gestalt Psychotherapy as the theoretical reference approach.

Keywords

Psychedelics, Non-ordinary states of consciousness, Psychedelic integration, Gestalt Therapy, Phenomenology, Existentialism, Gestalt psychedelic integration.

ABSTRACT

In questo lavoro esploriamo la storia e lo sviluppo dell'integrazione degli stati non ordinari di coscienza, fino alle definizioni e ai modelli attualmente in uso. Proponiamo quindi un nuovo modello di integrazione psichedelica, Gestalt Psychedelic Integration, basata sulla Psicoterapia della Gestalt come approccio teorico di riferimento.

Parole Chiave

Psichedelici, Stati non ordinari di coscienza, Integrazione psichedelica, Gestalt Therapy, Fenomenologia, Esistenzialismo, Integrazione psichedelica gestaltica.

INTRODUCTION

Since the 2000s, we have been witnessing the Psychedelic Renaissance, a historical and scientific phase in which a renewed interest in psychedelic substances has been continuously growing. This interest is supported by the encouraging scientific results that are gradually describ-

ing the functioning and potential of these substances [1]. In parallel, we are also seeing increased “non-academic” interest [2] in different contexts: recreational, ceremonial, and self-medication.

Since the first scientific studies in the 1950s-60s, the importance of a phase of integration following the psychedelic experience became evident, so that the person

Citation: Ballotti, S., Roti, S., Giovagnini, S., & Defraia, M (2025). Gestalt psychedelic integration. *Phenomena Journal*, 7(2), 55–71. DOI: 10.32069/PJ.2021.2.232.

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Sara Ballotti, MD;
e-mail: gestaltpsychedelic@gmail.com

Received: February 5, 2025

Accepted: April 24, 2025

Published: June 11, 2025

could fully benefit from the experience and overcome some of the risks involved in experiencing it [3]. The concept of integration in psychedelics is important in research, neo-shamanic, and self-knowledge [4].

Although the word integration is routinely used in psychedelics, there are many definitions and they refer to different models; this paper adopts the definition from Bathje et al [5], who reviewed the primary models of psychedelic integration and provided a comprehensive definition encompassing diverse aspects:

“Integration is a process in which a person revisits and actively engages in making sense of, working through, translating, and processing the content of their psychedelic experience. Through intentional effort and supportive practices, this process allows one to gradually capture and incorporate the emergent lessons and insights into their lives, thus moving toward greater balance and wholeness, both internally (mind, body, and spirit) and externally (lifestyle, social relations, and the natural world).”

Integration practices vary depending on their context and typically include preparation, the session itself, and the post-experience work. Understanding integration as part of an ongoing process, rather than an isolated event, is essential. Instead of thinking of punctual interventions at distinct moments, it is necessary to keep in mind these three moments as necessary steps in the development of the setting. In fact, each of these has a very important influence with respect to the direction, course, and outcome of the process. Most of the time, when there are difficulties in the integration of an experience, it can be seen that there were also difficulties, negligence, or mistakes in the previous steps [4].

The use of sacred plants with psychotropic and psychedelic effects has a history that dates back thousands of years and persists today in shamanic cultures, where the Western notion of integration is viewed as unnecessary. This is due to the fact that in shamanic cultures, the social context greatly differs from that of the West: the cultural and social setting of the former is deeply infused with spirituality, understanding of non-ordinary states of consciousness, acceptance of the use of sacred plants, and a communal approach to sharing experiences. These elements create an integrative

framework for the experience. In Western cultures, this is not the case; it can be said that in the West, the integration of the psychedelic experience becomes foundational since the experience itself is deconstructive, disintegrative with respect to reality as the individual, fixedly, knows, mentalizes, and conceptualizes it. Integration allows for the reformation of disintegrated experiences into a form, with a broader and denser meaning, that is, less fixed.

HISTORY OF INTEGRATION

According to Passie [6], the first studies of psychoactive substances in modern Western culture date back to the late 19th century, conducted by Moreau de Tours, who aimed to induce hypnotic trance. These studies were followed by the first experiments with psychedelic substances in the early 20th century, particularly Lewin's studies [4] on mescaline, which focused solely on pharmacological effects rather than intrapsychic ones. A few years later, the focus shifted to the clinical use of these substances. Thanks to Hofmann's discovery in 1943 of LSD, a new and very fruitful era of research began with respect to the use of this substance in the pharmacological, psychiatric, and therapeutic context [4].

This marked the emergence of two distinct approaches to therapy with these substances: psycholytic and psychedelic. Psycholytic therapy was based on the repeated use of low and medium doses of psychedelic substances during the course and process of psychotherapy in order to facilitate the emergence of unconscious material to deepen and, thus, shorten the therapy. Psychedelic therapy, on the other hand, uses high or very high doses of psychedelic substances in a few sessions in order to bring about a peak experience, so as to reorganize the patient's psychic and personality structure by showing immediate effects through behavior change.

It is within the framework of psycholytic therapy that the first need for integration tools emerged. In fact, emphasis is placed on the need to develop other types of interventions by the therapist, in addition to verbal ones, during sessions. This includes the importance of specific training to work with psychedelics, the necessity for *ad hoc* places to hold sessions, and the requirement for patients to have support even

after the session to reframe and integrate their experience [7]. It is always within psychoanalytic therapy that it is demonstrated that the psychedelic experience alone does not produce lasting changes in the patient's life; rather, integration after the experience is necessary for the individual to fully benefit from it and to mitigate some of the associated risks [3, 8]. The initial integration methods originated here: narrating the psychedelic experience, group sharing, and creating drawings and clay sculptures [4].

At the same time, even within the field of psychedelic therapy, people are beginning to talk about integration, understanding it not only as something posterior to the experience, but as a dimension to which attention should be brought before, during, and after the session [4].

The practice of integration as we know it today was developed by Stanislav Grof [9], who in 1980 proposed his post-session program, in which he includes activities such as: rest, meditation, contact with nature, listening to music (particularly that used in the session), talking with the therapist to share the experience and analyze its puzzling aspects, watching the recording of the psychedelic session, writing an account of the experience, artistic expression of the experience (drawing, poetry, music...), and attention to dreams. Grof specifies that the process of integration can take days or weeks and that, although in most cases the activities listed above are sufficient, there may be situations in which the process does not complete spontaneously and therapeutic intervention is needed to reactivate it and facilitate closure of the experience (e.g., through breathing techniques such as rebirthing) [9]. However, attempting to conclude a psychedelic experience may reflect a reductionist view of the experience itself. This is why the process of integration is often seen as something that never fully closes, since it continues to foster openness and awareness. Self-work, moreover, is also an ongoing and evolutionary process, developing through organismic self-regulation in a spontaneous manner.

THE DIMENSIONS OF THE PSYCHEDELIC INTEGRATION PROCESS

Psychedelic experiences are often as complex in their content as in the form

in which they are experienced. To maximize their benefits and mitigate potential adverse effects, integration must adopt the most holistic and comprehensive approach possible; an integral approach requires consideration of the different dimensions of integration [4].

Cognitive dimension

The psychedelic experience, on a cognitive level, can be very rich, offering access to various levels of consciousness from which one receives an immense amount of information. A sense of overwhelm may arise from the intensity, quantity, and speed at which cognitive content emerges. For Westerners, unlike in shamanic contexts, it is crucial to understand the meaning of visions, decipher symbols and interpret the experience. For the experience to be properly processed, it is essential for the person to narrate it, maintaining narrative continuity with their life. Otherwise, difficulties may arise in the integration process. It is therefore important for the individual to find internal coherence between the lived experience and his or her own life, being able to give meaning to the experience, which may also vary over time, with new reflections. Working in the cognitive dimension of integration involves the ability to produce a coherent internal account of the experience [4]. The therapist must take into account and adapt to the individual's cosmivision: this involves following a map of the possible types of experiences, such as biographical, perinatal, transpersonal, or those related to COEX systems as described by Grof and Grof [10].

Emotional dimension

Emotionally, good integration occurs when there is an open aptitude for exploration of the emotions that have emerged, fostering adequate processing that allows the person to feel that he or she can exercise healthy control over them, without repressing or over-identifying with them. Intense emotions may arise during verbal integration sessions, just as they do during the psychedelic experience [4]. These manifestations are necessary to be able to finish processing the session's uncontained content, and should be understood

not as exaggerated or pathological, but as regulatory mechanisms aimed at resolving internal emotional conflicts [4].

Physical dimension

Any psychedelic substance or consciousness-expanding technique (e.g., holotropic breathing, rebirthing, vipassana meditation, Zen meditation, etc.) may produce significant physical manifestations: tensions may intensify, and addressing them can result in strong energy discharges (sexual energy or energy accumulated from painful, traumatic, stressful, terrifying, threatening experiences). These physical manifestations are an essential part of the process of self-awareness and healing. The body and somatic manifestations are excellent tools for integration, and there are several situations in which attention to them is particularly important both to maximize the benefits of the experience and to reduce adverse effects. In addition, Physical sensations provide an opportunity to retrieve feelings and content from the session and of making anchors to positive states experienced: the body becomes a resource for making cognitive and emotional content available again, thus being able to retrieve states that are perhaps not in the patient's usual domain. Conversely, the body may manifest unpleasant physical sensations or pains that are not always related to explicit emotional content; working with them may be the most direct way to access unresolved emotions and content of the experience. Attention to the physical dimension of integration also includes psychoeducation regarding the body's needs after a session: rest, hygiene, nutrition, and physical space [4].

Spiritual dimension

Mystical experiences are commonly discussed in the psychedelic context, characterized by feelings of unity, transcendence of space and time, positive states of mind, feelings of sacredness, ineffability, and noetic and paradoxical components. It is common for different levels to coexist within the same experience: biographical, transpersonal, and perinatal contents. That is why it is important to give the right space to the spiritual dimension, avoiding

both overestimating and underestimating it. The therapist must work while respecting the patient's cosmivision and keeping in mind possible adverse effects, such as spiritual bypass, clash of spiritual paradigms or false spirituality [4].

Behavioral dimension

One of the key aspects of the behavioral dimension of integration is translating the insights gained during the non-ordinary state of consciousness into a physical and actionable plane. The psychedelic experience can become transformative when what has been learned is transferred to the concrete, behavioral and action plane. Otherwise, it risks becoming sterile, without contributing to personal growth and transformation. Therefore, good integration must promote behavioral and ethical changes [4].

Social Dimension

In shamanic societies there is no concept of integration because the use of psychoactive plants and non-ordinary states of consciousness are already integrated into their cosmivision. In Western culture there is no established common language to talk about them with other people or even to understand them entirely; in parallel, there is a lack of methods for accessing experience of non-ordinary states of consciousness, of structures to integrate these practices into social functioning, and of physical and temporal spaces for people to relate around them in a normalized way.

Thus, a liminal zone between ordinary and non-ordinary experiences is needed in Western societies, both at the individual and intrapsychic levels and at the social and interpersonal levels (such as during the session with a psychotherapist or within a psychedelic integration circle).

In tribal cultures, then, society and environment play a substantial role in the individual's experience: it is essential that each person go through an initiatory experience with which to face challenges and confront his or her own psychological difficulties while the rest of the community witnesses and acknowledge what is happening. The group, then, becomes witness to that experience, making it undeniable

and indelible, and recognizing the change that has occurred with respect to that person's role. In Western society, there are not only no initiatory rites, but also no dedicated spaces for sharing experiences related to non-ordinary states of consciousness. Thus, the opposite of what occurs in tribal societies may happen: those who undergo a transformation through psychedelic experiences might not only lack societal support, but may no longer be recognized by their community, since others have neither shared nor witnessed the experience. Since perceived identity depends on what others attribute to that person, this lack of recognition may hinder the process of individuation [4].

Temporal dimension

Integration encompasses preparation for the session (before), what happens during the session (during), and processing what emerged afterward (after). Two different time periods of integration can be traced in the after-experience: the immediately following and the long-term. The intervention in the immediate aftermath of the session primarily acts on the physical and emotional domains. At this stage, the integration of the content and insights that emerged during the experience has not yet occurred; instead, the focus is on stabilization. This is a necessary condition for integration to occur later on and to minimize any potential adverse effects of the experience. When there has been immediate integration, it can be said that a "point of closure" has been reached, which is the goal of this stage of integration, so that the person can focus on that in the long run. It is important to maintain a broad perspective with respect to the time dimension of integration since particularly meaningful experiences can continue to provide insight and interpretation over the course of time [4].

PSYCHEDELIC INTEGRATION MODELS

In recent years, as noted by Bathje et al [5], numerous studies on psychedelic integration have emerged, proposing various approaches.

Integration models can focus on cognitive aspects or take a more holistic approach. The theories underlying these models may be derived from the study of non-ordinary states of consciousness and psychedelic therapies, or they may be rooted in preexisting psychotherapeutic approaches. Each integration model may be based on specific worldviews and indigenous practices, transpersonal psychology, Jungian psychology, acceptance and commitment therapy, psychodynamic psychology, somatic psychology, relationship with nature, biopsychosocial and spiritual perspectives, and harm reduction. These differences make comparing the various models complex, as they focus on different aspects: the view of the causes of suffering and the very meaning attributed to the integration process change [5].

Below, we will give a brief review of the main models of psychedelic integration [5].

Holistic or biopsychosocial-spiritual models

These models [11, 12, 13, 14, 15, 16] attempt to incorporate somatic, spiritual, nature-related, community-focused interventions based on indigenous knowledge and practices. Their primary focus is to value and seek balance among all dimensions of human experience, seeking to work on each during the integration process. These models go beyond internal experience and psychological/emotional process, and embrace relational, community, existential, spiritual, bodily and sensory aspects. The view of the human being in these models is that of a complex, multifaceted entity that suffers when the various dimensions of existence are disconnected or out of balance [17]. According to these models, it is precisely the desire to restore this balance that drives people toward psychedelic experiences.

Integration is seen not only as a resolution of specific difficulties, but as a process aimed at bringing balance and alignment to the whole of existence. Integration becomes a long and central path in the individual's life. According to these models, the need for integration arises less from the psychedelic experience itself and more from the condition of Western culture, which tends to overemphasize the mind, materialism, and behavior. [11; 12].

Psychotherapeutic models

These models [18, 19, 20, 21] tend to focus on one or two dimensions of holistic models, placing special emphasis on the cognitive dimension and psychological health. Integration is seen as a necessity directly arising from the psychedelic experience. Therefore, the focus is on processing, using and implementing changes based on what was learned during the experience. However, a limitation of these models is that they may not adequately prepare patient and therapist for experiences beyond the typical psychotherapeutic process [5].

Synthesized model

This model [5] attempts to synthesize previous models, proposing a balance between different practices and dimensions of integration, with an orientation toward holism. It takes into consideration various aspects of the person and the lived psychedelic experience, including:

- Mental/cognitive/emotional
- Bodily/somatic
- Spiritual/existential
- Natural world
- Relational/communal
- Lifestyle/action

The model also proposes a continuum on which to organize integration practices: the degree to which the practice is more conscious or unconscious, more internally or externally focused, more creative or receptive, more passive or active, more outside one's comfort zones or delicate self-care, more contemplative or expressive.

PSYCHEDELIC INTEGRATION IN THE GESTALT PSYCHOTHERAPY APPROACH

The models described above bring various focuses on integration and focus, at times, on specific dimensions. Attempting to merge all dimensions into a single model to propose an integrated approach may result in a fragmented experience of integration, where each aspect risks being addressed in a rigid, sequential protocol.

The psychedelic experience is not comparable with other similar experiences, and therefore, an empirical integration model, such as the cognitivist model based on observable facts and repeatability, is not suit-

able for this purpose. At the same time, a physicalist and interpretive model, such as the psychoanalytic model, requires a solid theoretical basis to give meaning to the experience, but this is a critical aspect in the context of the psychedelic experience: every phenomenon experienced is absolutely unique and unrepeatable, especially in the psychedelic experience, and this makes it impossible to interpret it through rigid and predetermined models.

Phenomenological-existential Gestalt (GT) psychotherapy is an approach that offers the psychotherapist considerable freedom of action, allowing the pathway to be tailored to the specific needs of the person. This approach does not involve precluded dimensions or the application of rigid protocols that could limit the intervention. Moreover, GT facilitates awareness of experiences without judging or interpreting them, while at the same time responding to existential issues. GT considers all the dimensions mentioned above holistically and is based on the person's lived experience, without reducing it to predefined patterns, but helping the individual to give his/her own meaning to that experience.

In this paper, we propose a new model, Gestalt Psychedelic Integration (GPI), as a GT-based approach to psychedelic integration.

Next, we will outline the philosophical assumptions and main features of GT as the foundation of the GPI model. Although GPI derives from GT and uses the same tools, it is important to emphasize that integration and psychotherapy are different contexts in terms of goals, setting, motivation and focus of knowledge. In psychotherapy, the goal is to develop awareness of the self; in psychedelic integration, on the other hand, one starts from experience and then returns to the self.

Brief outline of the philosophical assumptions of Gestalt Psychotherapy

GT finds its philosophical roots in phenomenology and existentialism, two approaches that offer a profound understanding of human experience.

Phenomenology, developed by Husserl [22], focuses on a return to 'things themselves', i.e., the study of lived experience in a direct manner, without prejudice or preconceived theoretical interpretations.

Husserl proposes the concept of *epoché*: a suspension of judgment that allows experience to be observed as it manifests itself to consciousness. In this sense, consciousness is never passive, but always intentional: it is oriented towards an object or content of experience. Perception is not simply a recording of external reality, but an active process in which the individual participates in the construction of the meaning of what he perceives. The author thus wants to focus attention back on immediate experience, on what is perceived in the present moment, rather than on interpretations derived from pre-existing schemas.

Brentano [23] introduces the distinction between primary and secondary phenomena.

- Primary phenomena are those perceptions and sensations that occur immediately in our experience; they are direct and unmediated manifestations of consciousness. These phenomena are characterized by a lack of elaboration or interpretation and do not require active processing to be understood. For instance, seeing the red color of an apple or feeling the coldness of ice.
- Secondary phenomena are reworkings or reflections on the original experience. They emerge, therefore, through mental processing of primary phenomena and include reflections, memories, judgements, and interpretations, which are constructed from the raw sensory data. These phenomena are not immediately present to consciousness but are instead the result of cognitive processing. For instance, remembering the last time one ate an apple or judging the taste of that apple as pleasant.

Brentano's contribution is fundamental in establishing a distinction between the mere reception of sensory information and the way this information is processed and integrated into conscious experience; a distinction that is relevant because it helps to understand how we process and attribute meaning to our experiences.

Another central aspect of phenomenology and existentialism is the use of metaphors. The most complex or ineffable human experiences, such as deep emotions or non-ordinary states of consciousness, often require metaphorical language to express them. This enables the person to

convey aspects of their experience that cannot be accurately captured through rational language. Whereas rational language is objective and structured through definitions and equivalence (e.g., "this is that"), analogical language is subjective and metaphorical, better suited to conveying emotions and experiences (e.g., "this is like that").

According to Nietzsche, the concept is a desiccated metaphor, that is, a metaphor from which all sensory reference has been removed [24]. Metaphor transports (metaphorein: to transport), on the contrary, the concept contains and concludes (cum-captus: conceived); therefore, these two forms of knowledge are complementary in that the former allows us to connect different moments of reality, while the latter places contents in our network of meanings. The analogical part is what is necessary to produce meaning, without interrupting it into a meaning, i.e., a crystallized, 'closed-box' definition.

The use of metaphors is a way to enrich our understanding of human experience, transcending the limits of direct descriptive language to explore more deeply the structures of consciousness and the essence of being. Metaphors not only enrich the personal narrative but also open new ways of perceiving and understanding reality, offering a lens through which the most intimate details of human life and its essence can be seen.

Existentialism, with philosophers such as Heidegger [25] and Sartre [26], introduces further fundamental concepts.

Heidegger develops the idea of being-in-the-world, emphasizing that the human being is intrinsically and inevitably in relationship with the world around him and that every action has existential consequences since this relationship is not merely one of physical co-presence, but is a fusion of being and world in a continuous exchange. Heidegger argues that we do not exist in a vacuum, but always in a living context, which affects every aspect of our being. Human existence, therefore, cannot be detached from its world; every action is chosen and contextualized by this inextricable connection.

Sartre emphasizes individual freedom and responsibility: human beings are not defined by essences or predetermined patterns but must continually construct their own meaning through choices and

actions. The author states that human beings are condemned to freedom in the sense that they have no choice but to make choices. The author rejects the idea that identity is predetermined, arguing that everyone is free to choose who they become, and that this freedom is accompanied by responsibility for those choices.

Both Heidegger and Sartre, then, challenge the traditional conception of a linear and rigid time. For Heidegger, time is phenomenologically rooted in the experience of the present moment, where the past is always interpreted by the present, and the future is a horizon towards which to move. Sartre, on the other hand, sees time as a field of possibilities that unfolds in the present; the future, therefore, is not a fatality but a set of opportunities and choices that are made now.

The existential philosophy of these authors emphasizes how existence is intertwined with the temporal and physical context in which human beings live and how freedom and responsibility actively shape that existence.

A brief outline of the fundamentals of Gestalt Psychotherapy

GT is a humanistic, phenomenological-existential and holistic psychotherapeutic approach that is based on the therapist/individual relationship as an authentic, non-directive encounter between two people; it has as its main objective the development of awareness, following the principles of self-determinism and individual responsibility (i.e. the individual's ability to be aware of his or her own choices and actions, taking responsibility for his or her own decisions and behavior). GT is applied here and now and relies on the principle of organismic self-regulation that occurs in contact with oneself, one's emotions, and needs. It pursues the person's well-being by building a more coherent and harmonious sense of self through the integration of parts and polarities. Below, we present the instances underlying this approach.

Here and now

Building on existentialism and phenomenology, GT expands the concept of the here and now by bringing attention to the

individual's awareness only possible in the present moment.

Everything of which the person can be aware, that is, what is real for the person, takes place in the present. The past is what was real at the time it happened, and the future will be real at the time it happens. Similarly, the individual can only directly experience what is happening within the range of his senses, i.e., it is only possible to experience something that is happening where the person is. Even if the individual imagines something, he is painting it to himself; therefore, the imagination is taking place where the person is [27].

Speaking of the present means, in contrast to other epistemologies, something that takes place in the immediate, here and now, everything that at this precise moment is within the reach of the individual's attention [27].

Remembering and foreseeing are actions that have to do with past and future but, inevitably, take place in the present: one remembers something that took place in the past but is recalled in the here and now; similarly, the prediction of something future is an image that is formed in the present and that will take place in the future. This does not imply living exclusively for the present, but living fully in the present, that is, taking into account one's past experiences to be able to respond more adequately to the present, and having one's goals in mind so as to be able to modify one's present behavior [27].

This worldview allows one to deal with past situations and future predictions based on one's own feelings at the time they are evoked, thus enabling one to address introjections, prejudices, interpretations, and other mechanisms that break contact with one's own feelings.

Figure/Ground

Starting from Husserlian phenomenology, in GT, perception is considered an intentional act guided by motivation and sustained by attention, thus perception is not a passive function of the human being; hence the individual is not overwhelmed by a kind of sensory 'bombardment', but can exercise, consciously or unconsciously, his or her choice where to direct perception, organizing the incoming sensory current into a target

called the 'figure' that emerges from the 'ground'.

The ground can also represent an individual's entire life and thus can be divided into three parts: past, unfinished situations (unfinished Gestalt), and present flow. This does not mean that the ground is a gateway to the past; it is more the depiction of the past in the present. The re-emergence or emergence of past situations, unfinished Gestalt or happenings in the present flow can form, hand in hand, the figures perceived by the person. The ground, therefore, represents the whole puzzle, while the figure is the piece of the puzzle the person is holding at that moment.

The figure corresponds to the present and connects us to the environment. The ground corresponds as much to what exists within us as to the eternal [28].

Characteristic of the figures is transience; characteristic of the ground is fertility. The management of a healthy alternation between figure and ground, avoiding the fixity of a figure and stimulating the exploration of the present ground, allows for the closure of unfinished Gestalts and the discovery of new points of view with respect to the experiences one is living.

Contact cycle

In GT, we understand the individual (organism) in relation to 'other than self' (environment); the interaction between individual and environment occurs at the boundary of the contact between them [29]. Contact with novelty, which occurs at this boundary, requires creative adaptation. This process enables individuals to grow and develop by responding effectively to unexpected changes or new circumstances within a contact cycle. Creative adaptation occurs when an individual is pushed towards the environment to satisfy their needs. These needs emerge from the background as internal tensions that require interaction with the external world to be resolved [30]. When these tensions emerge, there is an initial pre-contact phase that represents the first experience between the individual and the environment at the boundary of contact; it is characterized by sensations and is, therefore, by its nature, an automatic and passive response. In pre-contact, there are two moments: what is felt physically and what

is felt emotionally [29]; here we have Brentano's primary phenomenon. Pre-contact represents initial arousal and awareness of need. It is a moment of preparation, exploration, and recognition of the need [30].

Subsequently, the person begins to direct himself towards what will satisfy his need. In this phase, known as the contact phase, one experiences the external world directly through one's senses and actions. Contact with the environment is not just a passive reaction but involves an active choice on the part of the individual as to how to interact with the surrounding world and is therefore subjective [29]. In this phase, the person discriminates, selects, and adapts creatively to resolve internal tension [30]. This is Brentano's secondary phenomenon.

When the need is clearly defined, the individual moves closer and closer to the moment of resolution or satisfaction of the need and is fully engaged with the object or situation that satisfies it, in a peak of arousal. This is the phase of full contact, which is the culminating moment of interaction with the environment, in which there is a complete connection with the object of need and in which a high level of awareness and clarity is achieved. However, full contact is transient, and once the need is satisfied, arousal begins to diminish [30].

After full contact, the excitement gradually subsides, and the individual relaxes, integrating the experience into their structure. This post-contact phase is important because it allows the person to consolidate what has been learned or achieved during the contact cycle: it is a period of reflection and assimilation, in which one becomes aware of the changes that the experience has produced and re-establishes the organism's internal balance, thus preparing for the emergence of new needs [30].

Once the need is satisfied and the contact cycle concludes, the organism transitions into a withdrawal phase in which it detaches itself from its environment and returns to focus on itself. Retreat is a time of stillness, during which the organism can rest and regenerate after expending energy and excitement during contact. This phase allows the person to fully integrate the experience and regain internal balance. Once this balance has been re-established, the organism is ready to contact the environment again when a new need arises.

The contact cycle is never static or fixed but is a continuous process that reflects the dynamic interaction between person and environment. Each new need initiates a new cycle, and so the organism continues to grow and develop through the contact process [30].

In GT, the emphasis is placed on the importance of being aware of this process and developing the capacity for creative adaptation, so as to help the individual recognize his or her needs, make contact with the environment effectively, and resolve internal tensions through interaction with the outside world. The ultimate goal of GT is to re-establish a fluid and creative contact process, where the individual not only reacts to the environment, but actively adapts, finding new solutions and increasing possibilities for personal fulfillment [30].

Polarity and integration of parts

In GT, the concept of polarity highlights how many experiences and phenomena are interdependent on their opposites. For example, concepts such as 'day' and 'night' are only distinguishable because they are opposites. The human experience is inherently immersed in the presence of these polarities: the person is a dynamic unity, that is, a unity that is realized by continuously integrating the pushes of divergent forces. The GT has as its implicit aim the exploration of these conflicting dynamics, from the perspective of both awareness and organismic self-regulation, to strive towards the realization of a condition that goes beyond the conflict between polarities, i.e., internal fragmentation and division. To do this, it is necessary to give voice to both sides, not as if they were antagonistic, but considering them complementary: by understanding that the ego is simply a figure emerging from the background, one detaches oneself from the importance attributed to it. In other words, the activation of a condition of pure awareness is sufficient to experience both sides, without the need to resolve their differences and without wanting to eliminate one of them, thus overcoming the eternal dualism between the polarities. Thus, the conflict that arises from the false representation we have of ourselves can be overcome [24, 29].

Field theory

Field theory, as presented by Lewin [31], proposes starting from the psychological field, formed by the individual and the environment, to study the human psyche. The author argues that the individual is shaped by environmental forces and that the environment, in turn, is modified through the influence of the individual. This theory is connected to the Gestalt principle according to which the whole is more than the sum of its individual parts: Perls explains this with the example of the chess box in which individual pieces represent the isolationist view but in the 'field' of the chessboard they represent the 'holistic' conception, i.e., the processes of the parts that are determined by the intrinsic nature of the whole [32]. This conceptualization is in line with Heidegger's view that human existence is inextricably connected to the world, and every action and choice is contextualized by this connection.

Lewin argues that all behavior is the result of forces acting within a dynamic field, just as in GT human experience is seen as occurring at the 'contact boundary' between the individual and the environment: these are not two separate entities, but a dynamic process in which contact is a determining factor for growth and awareness. It follows that no individual is self-sufficient because the individual can only exist within an environmental field, of which he or she is inevitably constantly a part. Thus, the individual's behavior is a function of the total field, which includes both him and the environment, and it is precisely the nature of the relationship between them that determines the behavior of the human being [33]. This theory guides the therapist towards a broader view of situations, always considering the environment as a determining element in people's behavior and feelings as they influence each other.

In conclusion, GT applies the principles of phenomenology and existentialism to create a therapeutic approach that values immediate experience, awareness of the present moment, and personal responsibility. These philosophical assumptions form the basis of a therapy model that not only aims to resolve internal conflicts but also to facilitate greater understanding and awareness of the human being in the world.

GESTALT PSYCHEDELIC INTEGRATION

Psychedelic experiences often lead the person to confront an existential reality that transcends the normal limits of his or her everyday life, revealing a sense of greater freedom and openness. This newfound freedom also brings a profound responsibility: how to integrate these discoveries into one's life? Thus, psychedelic integration takes on an existential dimension, as it guides the individual in the process of becoming aware of his or her choices and the responsibility that comes with it. Psychedelic experiences can often disrupt a person's existential project, challenging his or her beliefs and opening up new possibilities for existence. When approached with awareness, this process provides an opportunity to reorganize one's existential path more authentically and to make decisions that are in line with one's deepest values. In this sense, integration helps the person to transform the psychedelic experience into an opportunity for existential growth, favoring a realignment between what they experience and what they choose to be.

GT, with its roots in phenomenology and existentialism, offers a unique framework to address this challenge. Phenomenology reveals the importance of direct experience and the active role of consciousness in constructing reality. This approach is crucial for understanding psychedelic experiences, which often defy conventional descriptions and require an exploration of personal and subjective meaning. Likewise, existentialism emphasizes personal freedom and responsibility, inviting individuals to explore and integrate profound psychedelic revelations into their daily lives.

In the context of Gestalt Psychedelic Integration (GPI), these philosophical principles not only help navigate and make sense of experiences of non-ordinary states of consciousness but also provide a solid theoretical foundation to support individuals in their integration process. Through the use of metaphors and respectful attention to the subjectivity of experience, the therapist can facilitate a pathway of integration that respects the depth and complexity of the psychedelic experience. In this sense, the work in GPI is very similar to the way in which in GT one works with dreams [24; 28].

What is needed is an approach to psychedelic integration that not only con-

siders the clinical and therapeutic importance of psychedelic substances but also values and respects the profound personal transformations that can emerge from these experiences. In order to be able to move on this theoretical-practical basis, the therapist's training must also be adequate; in fact, the therapist must not only have achieved an impartial, psycho-spiritual and ethical-ontological openness in the ideas and concepts concerning integrative work, but must also have the ability to understand, use and promote abstract communication by experiencing with the patient the metaphors it entails. The therapist must be familiar with the territory they are navigating and should have experienced non-ordinary states of consciousness, for example through holotropic breathing.

With GPI, we propose a model that fully embraces the complexity of the human being, in a process that is as transformative as it is respectful of individual freedom.

Picking up on the dimensions discussed above, in the Gestalt model of psychedelic integration the physical, emotional, cognitive and behavioral dimensions are closely linked since they represent consecutive phases of the contact cycle which, as we have seen, starts from the awareness of emotions, thoughts, choices and behavior and can only take place in the here and now. In a psychedelic experience, what is perceived cannot be reduced to a mere objective fact. This is because perception is an active process in which the individual projects aspects of their self and emotional world onto the experience, rendering it unique and unrepeatable. Intentionality thus becomes a key element in understanding how a person ascribes meaning to his or her psychedelic experiences and how, through integration, he or she can rework these experiences to fit them into a more coherent and meaningful narrative. The contact cycle thus initially allows the above-mentioned dimensions to be separated "in series", with a natural succession of questions (e.g., how does it make you feel?, what do you think?, what would you like?, what can you do?), so as to make the psychedelic experience less confusing and help the person to increase his or her level of awareness of the experience itself. Unpacking these dimensions implies that the action is reasoned with respect to taking care of what is felt; this ensures that the ac-

tion is not 'empty' and that the need does not remain unfulfilled, thus avoiding that the Gestalt remains open (e.g., if I feel itchy and decide to eat a sandwich, the itch will remain unfulfilled!). This increase in awareness is what, naturally, favors the subsequent 'recompacting' of the experience, which is necessary and fundamental for its assimilation, i.e., to be able to carry some of its elements into daily life, thus avoiding it remaining an isolated experience. Developing integration work with this modality allows one to remain strongly anchored in the here and now and protects the individual and the therapist from the risk of interpreting the experience. In GPI, therefore, keeping in mind the distinction between primary and secondary phenomena is particularly useful since many of the experiences lived during a non-ordinary state of consciousness emerge as primary phenomena (visions, sensations and intuitions that manifest themselves in a pure way, unfiltered by rationalization). Subsequently, through the integration process, these experiences are transformed into secondary phenomena, i.e., when the person reworks them and gives them meaning in the context of his or her own life. This distinction, therefore, helps to focus attention on direct experiences (primary phenomena) before proceeding to the analysis or integration of a deeper, more personal meaning (secondary phenomena). This allows for an approach more rooted in immediate experience, avoiding interpretative superstructures that could distort or complicate the integrative process.

The pre-contact phase, as specified, is characterized by the appearance of physical and emotional sensations. In the non-ordinary state of consciousness, the body, as the seat of sensations and emotions, is often in the foreground: bodily manifestations are spontaneous and favor the emergence of experiences, memories, discomforts, comfort, etc. The holistic vision that GT has of the human being leads, in GPI, to pay strong attention to the physical manifestations that can manifest during the experience in a non-ordinary state of consciousness, working for instance on tensions in order to intensify them and reach intense energetic discharges (e.g., of energies accumulated through exposure to painful, traumatic, stressful situations...). The very expression of these somatic manifestations is a pro-

cess of self-awareness and healing. Sometimes this type of manifestation may begin during the experience, but without reaching a complete energy discharge. The use of Gestalt Body Work within the integration process is an excellent tool to help the person work on these energies, whether they are unpleasant or pleasant, arriving at an energetic discharge and being able to become aware of the emotional and cognitive material connected to the body [34].

In GPI the emotional experience is of fundamental importance and is explored by supporting the subject in the process of discovery and awareness with the aim of welcoming what is there, for example emotions that remain even after the psychedelic experience has ended, or the main emotion that accompanied the experience, or even a sudden emotion that emerged, or even all of these together. The individual is supported not only in feeling and recognizing their emotions, but also in accepting the intensity they may experience, helping them to express these emotions rather than block them. In this way, the subject can become aware of the pervasiveness of the emotions they try to block. Often, the person is more 'drawn' to the cognitive aspects and attempts to disconnect them from the emotional ones, seeking the meaning of the psychedelic experience, rather than the meaning of it. If emotional and cognitive dimensions are dissociated, the person is compartmentalized because he or she is compartmentalizing the experience instead of striving for integration of the parts.

Psychedelic experiences often elude rational and objective descriptions, requiring language that can capture the ineffability of experience. Metaphorical evocation makes it possible to convey the meaning of a complex experience without reducing it to mere rational concepts. Metaphor is valuable in trying to understand the human psyche because it is an element that, with few words and few explanations, conveys many concepts, knowledge, and information. It is very simple but conveys more than it says, there is more implicit information than explicit information (and this is precisely what happens in the psychedelic experience as well: something that lasts for a second and can evoke a multiplicity of things, to the point that trying to describe or explain it later requires many words—if it's even possible at all).

Metaphors launch a stimulus that quickly plunges one into a story and an experience. That is why they are excellent for explaining complex concepts. The use of metaphors, therefore, helps the individual to explore and describe their experiences in a deeper way, offering the therapist more direct access to their subjectivity.

The cognitive aspects, however, also play a crucial role in enabling individuals to think and decide how to direct their actions to address the needs that have arisen. This is also significant because one of the ways human beings come to understand the world (and, consequently, themselves) is through mentalization. In GPI, the cognitive dimension is engaged as soon as the person is asked to recount their psychedelic experience. It is not important to be detailed or to include all the information that emerged during the experience. On the contrary, choosing how and what to share, making it available to someone else, and organizing it into a coherent narrative are, in themselves, integrative actions. These processes facilitate the reworking and deeper engagement with the material of the experience. As often occurs during a Gestalt Therapy session, the psychedelic experience can also lead to a rupture in one's self-perception and life narrative. This happens because both are inherently deconstructive and disintegrative experiences, challenging the fixed reality that the individual knows, mentalizes, and conceptualizes. In Gestalt Psychedelic Integration (GPI), the therapist seeks to support the individual in the process of restructuring reality in a broader and more fluid sense—that is, in a less rigid way—enabling them to become aware of their fixations and to explore alternative visions and ways of “being in the world.” This restructuring process, which involves opening to new possibilities, is connected to the transition from the cognitive to the behavioral dimension—the full contact cycle. For the psychedelic experience to be truly beneficial, it is essential that it does not remain an isolated bubble separate from the rest of life. Instead, the insights gained during the experience must be integrated into daily life, allowing for changes in the person's behavior. In this way, the psychedelic experience can become genuinely transformative and promote personal growth.

The contact cycle, therefore, integrates the four dimensions previously discussed

(physical, cognitive, emotional, and behavioral) into a continuous process where integration represents organismic fluidity. It serves as a tool for awareness, aligning these dimensions to enable movement in the direction of one's conscious intention. In Gestalt Psychedelic Integration (GPI), these four dimensions are always brought into focus within the temporal framework of the here and now, allowing the person to flow in an integrated way. Shifting to a different temporal dimension (past or future) would result in the absence of emotions and behaviors, leaving only thought (“thinking about”), which hinders integration and highlights mechanisms of contact interruption. Remaining in the past, for example, would reduce the experience to mere description, distorting the emotional aspect, as descriptions are inherently fragmented. Actions, like feeling, are possible only in the present moment. Neither can occur in the past nor the future, as the experiential richness and immediacy of the present are prerequisites for true integration and embodied transformation.

As said, contact is the awareness, choice and assimilation of novelty; when the person is faced with a novelty that is neither assimilable nor refusable, traumatic suffering appears [30]. This reading gives us a perspective on what happens in the so-called bad trip, i.e., on those negative and often distressing experiences that can occur while taking psychedelic substances. The situation makes it impossible for the individual to reject the non-assimilable experience he or she is having and, since figure formation occurs through processes of identification but also alienation, if it is not possible to leave and alienate oneself from the experience in progress, the novelty risks to become overwhelming. This means that the person does not have the resources either to stay, modifying the environment to make it assimilable, or to leave [35].

This environmental support, however, as described above, is naturally present in shamanic cultures; on the contrary, in the West, not only is the field not socially supportive, but often hostile, given the illegality of psychedelic substances and the consequent negative social perception of them.

Since individual behavior is shaped by the field they inhabit (needs, goals, perceptions, other people, objects, events),

GPI places substantial emphasis on the social dimension: integration after the psychedelic session becomes a social act, as it helps recreate a container for the experience through sharing and the creation of a shared community space. (e.g. psychedelic integration circles), it also involves simply connecting with another person, such as a psychotherapist, to share the experience. Pre-experience integration is, in turn, of great importance from the perspective of harm reduction and benefit maximization: it already creates, at least partially, a frame of reference for the person about to have the psychedelic experience. The very act of approaching a psychotherapist, or participating in an integration circle, is an act of intentional socialization that brings the individual's attention from the self to the liminal zone of contact with the other than self.

Historically, GT places a strong emphasis on interpersonal relationships, privileging the group setting and 'using' each member to contribute to each process, carrying out, in fact, more than a group therapy, where each participant becomes a subject and has space to express the 'effect on him/her' of the experience he/she is having in the here and now of the group. In this sense, GT is a social approach of choice in psychedelic integration circles because each individual therapeutic work becomes communal and participatory for each group member.

The field is also imbued with what each person brings with them (needs, perceptions, etc.), including their own cosmivision: that is, the vision they have with respect to the psychedelic experience (psychonautical, introspective, therapeutic, spiritual vision, etc.) and with respect to approaching the world (spiritual, scientific, materialistic vision, etc.).

In the context of psychedelic experiences, people often speak of "mystical experiences" and a sense of sacredness—experiences typically associated with transcendence. The spiritual dimension may be relevant in the psychedelic experience and integration requires going through the individual's cosmivision. An open, non-judgmental attitude towards a worldview that may not resemble that of the therapist is therefore necessary.

In GPI, spirituality is seen as something that happens and not as something that is. Spirituality takes place in the present

moment, which is itself a spiritual experience. We can only connect with it if we are not stuck in rational thinking or emotionally entangled in what just happened. That's what makes both being present and accessing spirituality so hard [28]. Spiritual experience cannot be possessed, defined, considered true or false, disproved; it is not repeatable and only belongs to those who experience it in the instant it occurs [36]. It follows that spirituality has to do with feeling, that it is subjective and ever-changing. This implies that staying within the sense of experience given by feeling, rather than on meaning, reduces the danger of running into a false spirituality or ego inflation based on the avoidance of one's inner world or difficult situations in life.

Unlike spiritual or shamanic approaches, which offer a predetermined cosmivision, or clinical approaches, which often overlook spiritual aspects, Gestalt Psychedelic Integration (GPI) treats spirituality as an open-ended process rather than a fixed concept. The therapist's role is to support this process, facilitating a co-construction of spirituality that is meaningful and authentic to the individual.

A non-judgmental approach ensures respect for the person's existing spiritual framework, if one is present, while also embracing and validating experiences that do not involve spiritual elements. This approach promotes acceptance and inclusiveness, allowing each individual to explore their journey in alignment with their own unique perspective and needs. The laws of perception of Gestalt psychology tell us how human beings are led to read the world based on their prior knowledge and experiences. Keeping this in mind is of particular relevance in GPI, especially when dealing with spirituality as a dimension that may not be considered in the Western world. The individual who detects spiritual elements in the psychedelic experience, without ever having dealt with this dimension before, runs the risk of running into certain blocks: 1) relying on the interpretation and/or cosmivision of others; 2) avoiding and/or denying the experience had; 3) relying on beliefs and superstitions, emptying the experience of meaning; 4) judging the experience itself by interpreting it. The GPI is, therefore, necessary to support the person in being in touch with his own feeling, following the meaning that

the experience has for him, thus avoiding leaning on the search for his own or other people's meaning.

The suspension of judgment also serves as protection against the clash of spiritual paradigms that may arise from the imposition of the psychotherapist's cosmovision over that of the individual. Conversely, if the clash of spiritual paradigms results from a shift in the person's own previous cosmovision, GPI supports overcoming the conflict by facilitating individual change and the ongoing process of creative adaptation.

GPI is an approach of choice in preventing and treating the possible occurrence of spiritual by-pass as it moves with the contact cycle as its map and leads to the integration of parts and polarities. The contact cycle helps to align the various planes of the person's experience (sensations, emotions, thoughts, actions) and, therefore, rebalances any attentional disharmonies between the various dimensions, restoring contact with this plane of reality. Since the spiritual bypass is a dissociation, that is, a consideration of only one polarity while scotomizing the other, then the integration between the parts and polarities becomes necessary to maintain or restore contact with this plane of reality. This helps the person to find a synthesis between emotions and thoughts or between two contrasting thoughts, thus overcoming fixity with respect to the spiritual dimension alone and treating it no longer as a substitute for everyday reality but as an integrative part of one's life and the psychedelic experience he or she has had.

GPI becomes a process of co-construction of meaning, where the therapist does not impose his or her own vision, but helps the person to explore and define his or her own personal meaning. This respect for subjectivity is crucial, as experiences in non-ordinary states of consciousness often challenge traditional conceptions of reality. Through the relationship, in the co-construction of meaning, the individual can reorganize his or her existence in a more authentic way, integrating the new insights into a life lived with greater awareness and responsibility.

CONCLUSIONS

This study examines the crucial role of integration in non-ordinary states of consciousness and proposes a model of

psychedelic integration based on phenomenological-existential Gestalt psychotherapy. The GPI approach aims to promote a holistic process of integration that naturally embraces all dimensions of human experience.

The philosophical principles and psychotherapeutic approach underpinning GPI are necessary to move through the landscape of psychedelic experiences, to give them a meaning that is in line with the person's felt and are, therefore, a solid theoretical foundation to support individuals in their integration process. These theoretical-practical foundations, then, allow for continuity between the language that the experience inherently has and that used during integration, to create a continuum between the experience and the person's narrative.

GPI does not only work with the insights and transformations that emerge during the psychedelic experience but also facilitates a process of profound self-discovery and personal change that can positively influence long-term personal and community growth and well-being. This model is, therefore, naturally relationship-oriented and succeeds in expressing its full potential in both individual and group settings, being also supportive of the creation of a different social vision of non-ordinary states of consciousness.

The proposed model respects the subjectivity of individual experience, fostering the exploration of the depth and complexity of both the psychedelic experience and the human condition. It facilitates a process that is simultaneously transformative and protective of individual freedom. Gestalt Psychedelic Integration (GPI) is a model that not only acknowledges the clinical and therapeutic potential of psychedelic substances but also values and respects the profound personal transformations that can arise from these experiences.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare they have no conflict of interest.

BIBLIOGRAPHY

1. Hadar, A., David, J., Shalit, N., Roseman, L., Gross, R., Sessa, B. e Lev-Ran, S. (2022). The psychedelic renaissance in clinical research: a bibliometric analysis of three decades of human studies

- with psychedelics. *Journal of Psychoactive Drugs*, 55(1), 1–10.
2. European Drug Report 2022: Trends and developments. (n.d.). Available at: https://www.euda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_it. Retrieved October 16, 2024.
 3. Sandison, R. A. (1959). The role of psychotropic drugs in group therapy. *Bulletin of the World Health Organization*, 21(4-5), 505.
 4. Aixalà, M. B. (2022). *Integración psiquedélica. Lógicas no ordinarias y retos de la psicoterapia en estados expandidos de consciencia*. Editorial Eleftheria, Barcellona.
 5. Bathje, G. J., Majeski, E., & Kudowor, M. (2022). Psychedelic integration: An analysis of the concept and its practice. *Frontiers in Psychology*, 13, 824077.
 6. Passie, T. (1997). *Psycholytic and psychedelic therapy research 1931-1995: A complete international bibliography*. Laurentius Publishers (Hannover).
 7. Sandison, R. A. (1954). Psychological aspects of the LSD treatment of the neuroses. *Journal of Mental Science*, 100(419), 508-515.
 8. Eisner, B. (2002). Remembrance of LSD therapy past. Santa Monica, USA. Available at: https://erowid.org/culture/characters/eisner_betty/remembrance_lds_therapy.pdf.
 9. Grof, S. (1980). LSD. Psychotherapy. Pomona. Hunter House, USA.
 10. Groff, S., & Grof, C. (2020). *Respirazione ologica. Teoria e pratica: Nuove prospettive in terapia e nell'esplorazione del sé*. Feltrinelli Editore.
 11. Coder, K. (2017). After the Ceremony Ends: A Companion Guide to Help You Integrate Visionary Plant Medicine Experiences. Boulder, CO: Casa de Raices y Alas Books.
 12. Bourzat, F., & Hunter, K. (2019). *Consciousness medicine: Indigenous wisdom, Entheogens, and expanded states of consciousness for healing healing and growth*. North Atlantic Books.
 13. Buller, K., & Moore, J. (2019). Integration workbook: Planting seeds for growth and change. *Psychedelics Today*.
 14. Westrum, P. D. R., & Dufrechou, J. (2019). The psychedelics integration handbook. *Westrum and Dufrechou*.
 15. Gandy, S., Forstmann, M., Carhart-Harris, R. L., Timmermann, C., Luke, D., & Watts, R. (2020). The potential synergistic effects between psychedelic administration and nature contact for the improvement of mental health. *Health psychology open*, 7(2), 2055102920978123.
 16. Gorman, I., Nielson, E. M., Molinar, A., Cassidy, K., & Sabbagh, J. (2021). Psychedelic harm reduction and integration: A transtheoretical model for clinical practice. *Frontiers in psychology*, 12, 645246.
 17. Saad, M., De Medeiros, R., & Mosini, A. C. (2017). Are we ready for a true biopsychosocial-spiritual model? The many meanings of "spiritual". *Medicines*, 4(4), 79.
 18. Cohen, I. (2017). *Re-turning to wholeness: The psycho-spiritual integration process of Ayahuasca ceremonies in Western participants from a Jungian Perspective*. California Institute of Integral Studies.
 19. Sloschower, J., Guss, J., Krause, R., Wallace, R. M., Williams, M. T., Reed, S., & Skinta, M. D. (2020). Psilocybin-assisted therapy of major depressive disorder using acceptance and commitment therapy as a therapeutic frame. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 12-19.
 20. Watts, R., & Luoma, J. B. (2020). The use of the psychological flexibility model to support psychedelic assisted therapy. *Journal of contextual behavioral science*, 15, 92-102.
 21. Ortigo, K. M., & Richards, W. A. (2021). *Beyond the narrow life: a guide for psychedelic integration and existential exploration*. Synergetic Press.
 22. Husserl, E. (1989). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy: Second book studies in the phenomenology of constitution* (Vol. 3). Springer Science & Business Media.
 23. Brentano, F. (2012). *Psychology from an empirical standpoint*. Routledge.
 24. Quattrini, G. P. (2013). *Per una psicoterapia fenomenologico-esistenziale*. Giunti Editore.
 25. Heidegger, M. (1962). Being and time Harper and Row. New York.
 26. Sartre, J. P. (1943). Being and Nothingness. Washington Square Press.
 27. Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1971). Teoria e pratica della terapia della Gestalt. *Astrolabio, Roma*, 432.

28. De Lucca, F. J. (2023). La struttura della trasformazione. Teoria, pratica e attitudine in Gestalt-terapia alla luce della saggezza organismica. La valle del tempo, Napoli.
29. Mazzei, S. (2010). Scritti. Istituto Gestalt Body Work, Cagliari.
30. Perls, F. S. (1951). Gestalt therapy: Excitement and Growth in the human personality. *Delta*.
31. Lewin, K. (1977). Principi di psicologia topologica. Organizzazioni speciali, Firenze.
32. Perls, F. (1995). *L'io, la fame, l'aggressività. L'opera di uno psicoanalista eretico che vide in anticipo i limiti fondamentali dell'opera di Freud*. FrancoAngeli.
33. Perls, F. S., & Sanders, J. (1977). *L'approccio della Gestalt e testimone oculare della terapia*. Astrolabio.
34. Mazzei, S. (2017). Si salvi chi può. Istituto Gestalt e Body Work, Cagliari.
35. Bellini, B. (2020). La terapia della Gestalt con esperienze traumatiche. Figure Emergenti. Available at: <https://figureemergenti.it/pratica-e-teoria/la-terapia-della-gestalt-con-esperienze-traumatiche/>.
36. Quattrini, P. (2007). Fenomenologia dell'esperienza. Zephire Edizioni, Bergamo.



Opinion Article

L'importanza della diagnosi dimensionale: frammenti di un caso clinico

SIMONA DURANTE, ANGELA AMMENDOLA, LUCA NAPOLITANO, FLAVIA MORFINI

SiPGI Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata (NA), Italia

ABSTRACT in ENGLISH

This article explores the limitations of categorical classification systems for mental disorders, as highlighted through the analysis of scientific literature. This complicates the process of differential diagnosis between autism and other complex nosographic entities, as well as highlighting the obstacles and challenges that clinicians are required to face in designing adequate treatment plans, therefore, such psychopathological complexity requires a dimensional diagnostic reading oriented to functioning profiles rather than rigid taxonomic categories. In this work, we will describe fragments of a clinical case in treatment, highlighting the importance of such a dimensional reading.

Keywords

Autism, Differential diagnosis, Dimensional diagnosis, Comorbidity, Taxonomy.

ABSTRACT

Il presente articolo approfondisce i limiti dei sistemi di classificazione categoriali dei disturbi mentali, evidenziati attraverso l'analisi della letteratura scientifica. Ciò complica il processo di diagnosi differenziale tra autismo ed altre entità nosografiche complesse, oltre che mettere in luce gli ostacoli e le sfide che i clinici sono tenuti ad affrontare nella progettazione di piani di trattamento adeguati. Pertanto, tale complessità psicopatologica rende necessaria una lettura diagnostica di tipo dimensionale orientata a profili di funzionamento anziché rigide categorie tassonomiche. In questo lavoro descriveremo frammenti di un caso clinico in trattamento evidenziando l'importanza di tale lettura dimensionale.

Parole chiave

Autismo, Diagnosi differenziale, Diagnosi dimensionale, Comorbidità, Tassonomia.

PREMESSE E FINALITÀ

La psicoterapia si muove su terreni sconosciuti e imprevedibili, poiché nella pratica clinica è improbabile incontrare entità no-

sografiche che seguano pedissequamente le descrizioni fornite dai manuali statistici dei disturbi mentali come il DSM V [1]. La profilazione dell'utente e la progettazione di un piano di trattamento individualizzato,

Citation: Durante, S., Ammendola, A., Napolitano, L., & Morfini, F. (2025). The importance of dimensional diagnosis: fragments of a clinical case. *Phenomena Journal*, 7(2), 72–76. DOI: 10.32069/PJ.2021.2.230.

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Simona Durante, MD;
e-mail: durante.psicologa@gmail.com

Ricevuto: 10 dicembre 2024

Accettato: 27 maggio 2025

Pubblicato: 11 giugno 2025

diventa una sfida sempre più grande per i clinici e se questo è vero in dimensioni di neurotipia, risulta ancora più evidente quando ci si confronta con quadri in cui la psicopatologia incontra funzionamenti divergenti. I sistemi tassonomici offrono la possibilità di individuare in modo chiaro i sintomi e di operare sistematizzazioni sintomatologiche. Queste, però, come si evince dall'esperienza clinica degli scriventi e dai risultati di studi precedenti [2], non sempre sembrano vestire appieno le difficoltà dei pazienti e fornire dati sufficienti per l'individuazione e progettazione di percorsi trattamentali. Pertanto, l'integrazione dello sguardo terapeutico nei processi diagnostici così come un'assunzione criteriale più ampia e dimensionale, si dimostra indispensabile per fronteggiare comorbidità complesse che i sistemi standardizzati sulla neurotipia non riescono a spiegare appieno. Dunque, l'obiettivo di questo lavoro, nato da un filone di ricerca che indaga le comorbidità e differenziazioni nosografiche nella neurodiversità, è continuare ad approfondire il tema della diagnosi clinica, sottolineando l'importanza di un modello dimensionale integrato.

CATEGORIALE E DIMENSIONALE

Affinché il progresso scientifico possa andare avanti, si rivela necessaria una continua messa in discussione ed evoluzione dei modi in cui i fenomeni sono osservati e classificati. Nonostante si riconoscano i limiti dei sistemi tassonomici tradizionali, quello tra diagnosi dimensionale e categoriale è un dibattito ancora aperto [3]. Sicuramente, come si evince da diversi studi presenti in letteratura, i sistemi di classificazione dei disturbi mentali puntano a orizzonti di maggiore completezza diagnostica. Tutto ciò non rappresenta una sfida banale, considerando che i due sistemi di classificazione si fondano su assunti fortemente antitetici: un sistema diagnostico categoriale si costruisce sulla ricerca della discontinuità tra ciò che è ritenuto normale e ciò che può essere considerato patologia, altresì l'approccio dimensionale rifiuta tale separazione, ricercando la continuità misurabile tra le due polarità [4]. Se pur indispensabile per quanto concerne la psichiatria forense e altri campi che richiedono una classificazione precisa dei sintomi, la diagnosi categoriale diven-

ta sempre meno adeguata, soprattutto in campo clinico e in particolare quando l'espressione fenotipica della psicopatologia richiede interventi multidisciplinari anche ad integrazione farmacologica. Nonostante gli psicofarmaci siano strutturati su categorie nosografiche ben precise, il buon utilizzo della farmacologia si contrappone a un panorama di azione dai perimetri rigidi: i farmaci pensati per la cura della depressione non curano, infatti, meramente la depressione, ma operano per ridurre le manifestazioni sintomatologiche afferibili anche a quadri in cui una diagnosi di depressione maggiore non risponde ai criteri stabiliti.

NEURODIVERSITÀ: IL SUPERAMENTO DEL MODELLO MEDICO VERSO L'INTEGRAZIONE

Nei disturbi dello spettro autistico, l'eterogeneità e complessità di tale condizione clinica, caratterizzata da un sistema sensorio-percettivo neurodiverso, rende ancora più significativo l'utilizzo di una lettura dimensionale. A questo proposito, risulta utile una breve analisi del concetto di neurodiversità e delle relative implicazioni.

Il termine "neurodiverso" è stato utilizzato per la prima volta nel 1998 da Judy Singer, scienziata sociale australiana affetta da autismo [5], e sta ad indicare un modo diverso (da quello comunemente definito neurotipico) in cui il cervello umano si sviluppa e funziona. Obiettivo della sociologa fu quello di porre l'accento sulla biodiversità e sulla possibilità di accantonare un modello medico che ha sempre assimilato la divergenza alla disabilità. Dalla critica al modello clinico dell'epoca per la classificazione e trattamento delle neurodiversità, hanno preso forma diversi movimenti per i diritti umani, grazie ai quali la comunità scientifica ha iniziato a spostare lo sguardo dall'handicap, sottolineando le potenzialità degli individui a sviluppo atipico e a considerare un uso più ampio del termine, includendo, oltre ai disturbi dello spettro autistico:

- DSA (Disturbi specifici dell'apprendimento);
- ADHD;
- Sindrome di Tourette.

La possibilità di osservare i fenomeni sintomatologici afferendo ad un sistema di riferimento più ampio e antiriduzionista,

può fornire maggiori prospettive trattamentali e allargare il campo operativo per far emergere i bisogni specifici del singolo utente. Il rischio di riferirsi a sistemi categoriali rigidi e fondati su presenza/assenza di valori qualitativi quantificabili produce, pertanto, conseguenze che all'interno di un panorama di neurodivergenza, rischiano di condurre il clinico alla mancata individuazione degli elementi necessari per la corretta presa in carico di utenti complessi.

La lettura dimensionale del funzionamento della persona si pone necessariamente, dunque, in una prospettiva di comprensione del preciso significato che un determinato sintomo ha per il paziente. Tale visione, come approfondiremo nel paragrafo successivo, è vicina ad un'epistemologia teleologica.

Eziologia e teleologia

I sistemi eziologici hanno, da sempre, rappresentato i modelli elitari di riferimento per la spiegazione della psicopatologia. I modelli medici fondano le proprie radici sull'individuazione della *causa* che sottende la malattia e operano seguendo l'aspettativa che l'individuazione di quest'ultima, costituisca il motore per l'accensione di un percorso di cura. Non a caso, la stessa psicoanalisi – quale madre di tutte le psicoterapie – rivolge il proprio sguardo alle fasi di sviluppo psichico dell'individuo, individuando in esse delle fratture da riparare. Alcuni filoni psicoanalitici hanno afferito ad epistemologie differenti, sviluppando i propri paradigmi sull'antitesi tra eziologia e teleologia [6], schierandosi a favore di quest'ultima. Mentre i movimenti eziologici ricercano la causa della malattia, la teleologia pone il proprio sguardo sulle finalità del sintomo. La psicoterapia umanistica e la Gestalt, cugine prossime della tradizione psicoanalitica e del modello medico, fanno proprio della finalità teleologica, e del bisogno umano, il proprio manifesto, portando il clinico ad assumere una posizione scevra da condizionamenti nozionistici e centrata sul paziente. Il principale limite di entrambe le posizioni è che si sviluppino in risposta a funzionamenti tipici, per i quali l'isolazionismo epistemologico produce effetti corroboranti l'efficacia di ambedue i modelli. In una cornice complessa come quella della neuro-atipia, la

necessità operativa, richiede la convergenza di movimenti causativi e finalistici, parimenti lo studio di un modello integrato che assimili la nozionistica medica all'analisi della qualità esperienziale dell'individuo, in quanto difficilmente le terapie si disconnettono da operazioni abilitative e riabilitative. Secondo l'Autism Open Clinical Model (A.O.C.M.), il modello integrato [7] ideato per il trattamento psicoterapico di pazienti autistici, l'integrazione antiriduzionista di modelli strutturati e destrutturati, si configura come importante risposta alla carenza scientifica in termini di valutazione e trattamento in materia di neuro-divergenza, ponendo l'accento sullo sviluppo di possibilità diagnostiche integrate alle quali guardare.

FRAMMENTI DI UN CASO CLINICO

Descriveremo alcuni frammenti del caso di L., il cui percorso è stato oggetto di riflessione da parte della nostra équipe. Il presente scritto è una rielaborazione del caso originale ai fini di preservare la privacy dell'utente. La paziente, 18 anni appena compiuti, arriva riferendo una sintomatologia ansiosa in riferimento a performance scolastica. Già da un primo contatto messaggistico, L. si presenta come “una DSA” infatti in una prima fase anamnestica riferisce di aver avuto, durante le scuole elementari, una diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento con il quale – scopriremo nel tempo – si è identificata. Dall'anamnesi familiare emerge una mancata accettazione della diagnosi da parte del padre di L., il quale, in quanto capofamiglia di un sistema monoreddito a sfondo patriarcale, non ha mai investito le proprie risorse economiche in percorsi *ad hoc* per le difficoltà della paziente. Le stesse difficoltà di L. rispetto alle performance scolastiche non sono mai state supportate adeguatamente attraverso un doposcuola specializzato per i DSA, corroborando così un senso di sé inefficace e meccanismi difensivi di evitamento. La madre della paziente, osservata attraverso un breve ciclo di colloqui, ha palesato un funzionamento infantile, oltre che un senso di impotenza appreso – riscontrabile anche nella figlia – nei confronti del coniuge in particolar modo circa gli aspetti decisionali che coinvolgono il nucleo familiare. Al contempo, però la

madre di L. si mostra eccessivamente aprensiva sia relegando la ragazza ad una dimensione bambina che dandole messaggi contrastanti, attraverso l'alternanza di adultizzazione e infantilizzazione, oltre che preoccuparsi eccessivamente rispetto alle prestazioni scolastiche senza operare manovre realmente efficaci per supportare la ragazza nello studio.

Anche la vita sociale di L., oltre che il superamento di tappe evolutive, è inficiata dal sistema familiare: più volte riferisce di non poter prendere il treno da sola per recarsi allo studio di psicoterapia perché secondo la madre potrebbe essere pericoloso, di non poter uscire la sera con gli amici e fare tardi (può uscire il pomeriggio) e non poter andare a dormire dai coetanei. Uno dei sintomi più importanti riferiti da L. riguarda il suo rapporto con il cibo; infatti, è gravemente sottopeso poiché mantiene un'alimentazione estremamente restrittiva e selettiva. Una parte della natura del sintomo, nasce da esperienze avverse dovute all'intolleranza al lattosio (ha avuto diversi episodi di vomito durante l'infanzia in seguito all'ingestione di cibi mal tollerati), un'altra parte è dovuta a un'alterazione sensoriale che si manifesta ogni qual volta il cibo non è preparato dalla madre:

“Mangio solo il cibo preparato da mamma...altrimenti sento che ha un sapore strano e non riesco a mangiarlo”

Sembrerebbe che il meccanismo di fondo della dinamica alimentare possa essere ricondotto ad una disorganizzazione del funzionamento psichico in cui l'alterazione sensoriale diviene fattore protettivo rispetto alla possibilità della paziente di sentirsi nuovamente male con il cibo o emanciparsi dall'elaborazione materna dell'esperienza, castrando i processi evolutivi, anche di crescita fisica. Singolare è, infatti, l'aspetto della paziente che non solo mantiene un funzionamento non conforme all'età anagrafica, ma anche un aspetto infantile. Rispetto al rapporto con il proprio corpo, L. sostiene di non piacersi: *“Sembro un bambino”* riferendosi a sé stessa al maschile, pur identificandosi con il genere femminile, aspetto emblematico della disconnessione interna vissuta ed esperita anche sul e nel corpo. La strutturazione di un nucleo psichico frammentato da un contesto fa-

miliare psicotizzante, si evince particolarmente nella dinamica alimentare e nella relazione madre-figlia. L. ha sviluppato una forte disorganizzazione interna, soprattutto nella sfera personologica che si manifesta nei seguenti aspetti:

- ipervalutazione e svalutazione del sé;
- incapacità di riconoscere e comunicare le proprie emozioni;
- incapacità di programmare e conseguire compiti.

Quest'ultimo aspetto, si sovrappone agli aspetti tipici dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, quali la difficoltà di organizzare efficacemente lo studio e mantenere un'attenzione sostenuta. Pertanto, da questo caso clinico si evince come, un aspetto tipico della neurodivergenza si interseca con dimensioni cliniche ad alta complessità, complicando ulteriormente il quadro clinico: il trattamento di L. proprio perché i confini tra un funzionamento compromesso e la neurodivergenza, sono altamente sfumati, risulta estremamente complesso. Le strategie utilizzate per una corretta gestione del tempo e dello spazio di studio, sono inficiate dalla disorganizzazione interna, la quale al contempo è corroborata nei meccanismi di svalutazione e dalla sensazione di un sé inefficace nella performance scolastica. Considerare gli aspetti clinici integrati con la neurodivergenza, offre la possibilità di non compartimentare le difficoltà della paziente, come se fossero mondi a sé, bensì di considerare un piano di trattamento che tenga conto di entrambi gli aspetti, oltre che prevedere il coinvolgimento del nucleo familiare ai fini di supportare il processo di crescita e svincolo.

CONCLUSIONI

La complessità del mondo neuro-divergente si intreccia, sovrappone o sviluppa in quadri psicopatologici gravi che in fase di valutazione diagnostica necessitano di un approccio integrato che consenta al clinico di individuare i bisogni dell'utente e stilare piani terapeutici *ad hoc*. Comprendere appieno le difficoltà dell'utente rappresenta un momento delicato che pur seguendo la tradizione nosografica, ha bisogno di allargare i propri margini di inclusione anche per quelle categorie di pazienti che non soddisfano tutti i criteri necessari alla

profilazione diagnostica. Da quanto detto, risulta evidente come una classificazione diagnostica di tipo categoriale non sia idonea sia a rilevare condizioni di comorbidità, sia a produrre strumenti diagnostici utili al processo della diagnosi differenziale. Si sottolinea come, al contrario, una lettura diagnostica dimensionale possa evidenziare, con maggiore chiarezza, condizioni di comorbidità e orientare il clinico nel processo diagnostico differenziale. La strutturazione e standardizzazione di strumenti più sensibili nel cogliere la dimensionalità psicopatologica potrebbe, pertanto, costituire un valido facilitatore per la professione clinica, nonché proteggere il paziente dallo sviluppo di condizioni cronicizzate, che in caso di neurodivergenza, potrebbero irrimediabilmente svilupparsi qualora questa non sia adeguatamente presa in carico.

DICHIARAZIONE ETICA

Il presente caso clinico riguarda una persona seguita dai servizi di salute mentale. Per garantire la massima tutela della privacy e della dignità del paziente, è stato utilizzato uno pseudonimo e tutte le informazioni potenzialmente identificative sono state opportunamente modificate o rese non riconoscibili. Considerata la totale non identificabilità dei dati presentati, non si è ritenuto necessario richiedere il consenso informato alla pubblicazione. La redazione del testo ha seguito i principi etici stabiliti dalla Dichiarazione di Helsinki e le normative vigenti in materia di protezione dei dati personali.

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi in relazione ai contenuti del presente articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5^a ed., trad. it. di DSM-5). Milano: Raffaello Cortina.
2. Di Donna, S., Marino, F., Durante, S., Ammendola, A., & Morfini, F. (2023). Level 1 autism and schizoid personality disorder in adulthood. *Phenomena Journal – International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 5(2), 53-66.
3. Helzer, J. E., Kraemer, H. C., & Krueger, R. F. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological medicine*, 36(12), 1671-1680.
4. Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 494.
5. Baron-Cohen, S. (2019). The concept of neurodiversity is dividing the autism community. *Scientific American Mind*, 30(4), 30-32.
6. Adler, A. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings* (H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher, Eds.). New York: Basic Books.
7. Morfini, F. (2023). Autism Open Clinical Model (A.O.C.M): Structure of an integrated clinical model for the assessment and treatment of autism. *Phenomena Journal – International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 5(2), 1-14.



Ipotesi e metodi di studio

Benessere e qualità della vita per lo psicoterapeuta. Una proposta di ricerca

NINO GENIOLA¹, ALESSANDRO CINI², SARA BALLOTTI², STEFANO ROTI²,
GIORGIO GABRIELE², ANGELA VERARDO¹

¹Istituto Gestalt Puglia, Arnesano – Lecce, Italia

²Istituto Gestalt Firenze, Firenze, Italia

ABSTRACT

La ricerca scientifica si è storicamente concentrata sull'esame del benessere dei pazienti, dedicando relativamente poca attenzione a quello degli psicoterapeuti. Questo divario è particolarmente significativo, poiché il benessere degli psicoterapeuti non è solo essenziale per la loro qualità di vita personale, ma anche per la loro capacità di fornire un'assistenza terapeutica di alta qualità. La letteratura evidenzia una forte connessione tra la salute mentale dei terapeuti e l'efficacia della terapia, influenzando sia i risultati del trattamento sia la percezione dei pazienti sulla qualità della cura ricevuta. Tuttavia, la maggior parte degli studi esistenti è stata condotta nell'Europa settentrionale e in Nord America, lasciando una lacuna nella comprensione di queste dinamiche in altri contesti.

Questo studio, utilizzando un disegno di ricerca osservazionale trasversale, mira a esplorare i fattori che influenzano il benessere percepito degli psicoterapeuti in Italia.

Verrà adottato un approccio misto e iterativo, che combina metodologie sia quantitative che qualitative. Questo includerà un questionario semi-strutturato, una scala di valutazione del benessere adattata alla popolazione italiana e un'indagine sulle variabili sociodemografiche. Il campione finale sarà composto da 100 terapeuti rappresentativi dei principali orientamenti psicoterapeutici praticati in Italia. Lo studio mira a identificare i principali fattori che modellano il benessere percepito degli psicoterapeuti italiani.

Parole Chiave

Benessere terapeuti, Stile di vita, Consapevolezza, Qualità di vita.

ABSTRACT in ENGLISH

Scientific research has historically focused on examining patient well-being, dedicating relatively little attention to that of therapists. This gap is particularly significant, as psychotherapists' well-being is not only essential for their personal quality of life but also for their ability to deliver high-quality therapeutic care. The literature highlights a strong connection between therapists' mental health and the effectiveness of therapy, influencing both treatment outcomes and patients' perceptions of care. However, most existing studies have been conducted in Northern Europe and North America, leaving a gap in understanding how these dynamics apply in other contexts.

Citation: Durante, S., Ammendola, A., Napolitano, L., & Morfini, F. (2025). The importance of dimensional diagnosis: fragments of a clinical case. *Phenomena Journal*, 7(2), 72–76. DOI: doi.org/10.32069/PJ.2021.2.230.

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Alessandro Cini, MD;
e-mail: alescini@gmail.com

Ricevuto: 10 dicembre 2024

Accettato: 9 maggio 2025

Pubblicato: 11 giugno 2025

This study, using a cross-sectional observational research design, aims to explore the factors influencing the perceived well-being of psychotherapists in Italy.

An iterative mixed-methods approach, combining both quantitative and qualitative methodologies, will be employed. This will include a semi-structured questionnaire, an adapted well-being assessment scale tailored to the Italian population, and a survey examining socio-demographic variables. The final sample will consist of 100 therapists representing the main psychotherapy orientations practiced in Italy. The study seeks to identify key factors that shape the perceived well-being of Italian psychotherapists.

Keywords

Wellness therapists, Lifestyle, Awareness, Quality of life.

INTRODUZIONE

La letteratura scientifica ha ampiamente indagato il benessere psicologico dei pazienti in psicoterapia, mentre l'attenzione rivolta al benessere degli psicoterapeuti risulta significativamente più limitata, ad eccezione degli studi sul burnout [1-4]. Tale discrepanza appare particolarmente rilevante considerando che l'attività psicoterapeutica implica un elevato coinvolgimento emotivo, un fattore che potrebbe aumentare la vulnerabilità allo sviluppo di disturbi emotivi [2,5].

La letteratura evidenzia la complessità della relazione che sottende il legame terapeutico, suggerendo che variabili socio-demografiche, caratteristiche intra-personali e fattori legati al contesto lavorativo influenzino sia la qualità dell'intervento psicoterapeutico sia il livello di soddisfazione professionale dello psicoterapeuta [3,6]. Studi più recenti hanno inoltre approfondito le strategie di coping adottate dagli psicoterapeuti, riscontrando differenze statisticamente significative nella suscettibilità a fattori di protezione e di rischio nella regolazione emotiva rispetto alla popolazione generale [7].

Il benessere psicologico degli psicoterapeuti riveste un ruolo cruciale non solo per la loro qualità di vita, ma anche per la capacità di fornire interventi efficaci e di elevata qualità [8]. La letteratura evidenzia una relazione diretta tra la salute mentale del terapeuta e l'efficacia del trattamento, suggerendo che un adeguato livello di benessere sia un requisito fondamentale affinché i professionisti possano favorire il miglioramento dei pazienti in modo significativo [9-11].

Nella limitata, sebbene in crescita, letteratura sul benessere psicologico degli

psicoterapeuti, i risultati appaiono discordanti [8,12]. Un recente studio austriaco, ad esempio, indica che i professionisti della salute mentale tendono a mostrare una maggiore capacità di preservare il proprio benessere psicologico rispetto alla popolazione generale [13,14]. Tuttavia, in un sottogruppo di psicoterapeuti sono stati rilevati livelli ridotti di benessere psicologico, associati a sintomi clinicamente significativi di depressione, ansia, insonnia e livelli di stress da moderati ad elevati [13].

La letteratura esistente sul benessere psicologico degli psicoterapeuti si concentra prevalentemente sui paesi dell'Europa centro-settentrionale e del Nord America, mentre non emergono studi specifici dedicati ai paesi dell'Europa meridionale. Riteniamo dunque fondamentale condurre ricerche approfondite sul benessere psicologico degli psicoterapeuti, con l'obiettivo di identificare sia i fattori di vulnerabilità sia quelli protettivi, esplorando inoltre l'influenza del contesto culturale su tali dinamiche.

Questa ricerca si propone di raccogliere dati empirici utili a descrivere il fenomeno, con l'obiettivo, una volta completata l'analisi, di elaborare linee guida per la promozione del benessere e della qualità della vita tra psicologi e medici psicoterapeuti.

Progetto di ricerca e ipotesi di studio

La letteratura recente sull'analisi dei fattori che influenzano il benessere del terapeuta si è focalizzata principalmente su dimensioni sociodemografiche, lavorative, relazionali e personali. Tuttavia, non emergono studi specifici sulla popolazione dell'Europa meridionale, che presenta caratteristiche culturali e sociali

significativamente diverse rispetto ai contesti dell'Europa settentrionale e del Nord America [15].

Questo studio, che rappresenta una fase introduttiva nell'analisi del benessere degli psicoterapeuti, si propone di raccogliere dati utili a identificare i principali fattori che influenzano il benessere percepito dai professionisti in Italia, avvalendosi degli strumenti descritti. L'indagine si concentra specificamente sulla popolazione di psicoterapeuti italiani, considerando il contesto culturale e sociale del Paese. Ci aspettiamo che tali variabili possano incidere significativamente sul benessere percepito e che le dimensioni coinvolte differiscano da quelle identificate in studi condotti in altri contesti internazionali.

Metodi di ricerca

Considerando la natura soggettiva del benessere percepito e l'approccio esplorativo di questa ricerca, il metodo adottato sarà quello della ricerca qualitativa, con un'analisi basata sul modello della *Grounded Theory* [16]. A questo si affiancherà la raccolta di dati sociodemografici attraverso schede strutturate, volte a indagare le condizioni sociali e lavorative degli psicoterapeuti. Il progetto di ricerca è concepito come un percorso articolato in fasi successive, con una struttura ad obiettivi che consentirà di adattare la metodologia di raccolta dati in base ai risultati emergenti nelle fasi precedenti.

Strumenti quantitativi

Nella fase 1 di questa ricerca verranno introdotti strumenti quantitativi, la cui selezione definitiva sarà guidata dall'analisi dei risultati emersi nella fase 0. L'obiettivo è identificare le misure più adeguate ad approfondire le dimensioni rilevanti del benessere psicologico degli psicoterapeuti. A tal fine, prevediamo di impiegare la seguente batteria di test:

- *Personal Wellbeing Index* [17] è una scala psicométrica sviluppata per valutare il benessere soggettivo in individui e gruppi. Valuta la soddisfazione in sette ambiti della vita (tenore di vita, obiettivi raggiunti, salute, relazioni personali, sicurezza, vita comu-

nitaria, sicurezza verso il futuro, spiritualità) su una scala Likert a 11 punti. Questa scala ha lo scopo di ottenere una misura cross culturale di valutazione del benessere.

- *Global Quality of Life (GQOL)* [18] costituito da un solo item sulla sensazione generale di qualità della propria vita, con risposta su una scala da 0 (assenza di qualità della vita) a 100 (perfetta qualità della vita)
- *WHO-FIVE Well-being Index* [19] breve questionario di 5 item relativi all'umore positivo, alla vitalità e agli interessi generali
- *Well-being Scale (PWBS)* [20], misura il benessere psicologico in sei dimensioni: autonomia, crescita personale, accettazione di sé, relazioni positive, scopo nella vita e padronanza dell'ambiente. Utilizza una scala Likert a 6 punti a per valutare il funzionamento ottimale dell'individuo. È uno strumento valido e ampiamente usato nella ricerca sul benessere eudaimonico.

Fasi di ricerca

Fase 0: Studio pilota sull'identificazione dei fattori che influenzano il benessere percepito degli psicoterapeuti italiani.

Obiettivi: Questa fase pilota si propone di testare il questionario, attraverso l'analisi qualitativa, per individuare eventuali criticità nella formulazione delle domande e nella comprensione delle risposte, al fine di correggere possibili ambiguità o problemi di interpretazione. Inoltre, l'analisi delle dimensioni emerse consentirà di selezionare la scala di misurazione del benessere più adeguata da utilizzare nel campione successivo, garantendo una maggiore aderenza alle specificità del contesto italiano.

Metodi: La ricerca prevede la somministrazione di una intervista semi-strutturata a domande aperte a un campione di 15 psicologi e medici psicoterapeuti che esercitano la professione da almeno cinque anni. Il campione coinvolgerà professionisti afferenti ai principali orientamenti psicoterapeutici praticati in Italia. L'obiettivo è raccogliere dati qualitativi sui fattori che influenzano, in senso positivo o negativo, il benessere percepito da questi professionisti.

Strumenti: Verrà utilizzata una intervista semi-strutturata a domande aperte finalizzate a esplorare le diverse aree della vita personale e professionale (e.g., benessere lavorativo, relazionale, fisico ed economico etc.).

Fase 1: Identificazione dei fattori che influenzano il benessere percepito dagli psicoterapeuti italiani.

Obiettivi: Questa fase della ricerca si propone di esplorare i fattori che gli psicoterapeuti italiani considerano rilevanti per il loro benessere psicologico, sia in termini di elementi favorevoli sia di possibili vulnerabilità. Inoltre, intende analizzare le loro condizioni sociali e lavorative, valutando il possibile impatto di queste variabili sul benessere percepito. Un ulteriore obiettivo è ottenere una misura quantitativa del benessere psicologico degli psicoterapeuti, integrando i dati qualitativi raccolti per una comprensione più approfondita del fenomeno.

Metodi: In questa fase, verrà somministrato un questionario semi-strutturato, costruito in base ai risultati della fase precedente. Il campione in questa fase sarà di 100 psicologi e medici psicoterapeuti italiani. L'indagine prevede inoltre l'utilizzo di una scheda sociodemografica per raccogliere dati qualitativi e quantitativi relativi alle condizioni sociali e lavorative dei partecipanti e ai fattori che influenzano positivamente o negativamente il loro benessere percepito. Per ottenere una misura quantitativa del benessere psicologico, sarà impiegata una batteria di test standardizzati.

Strumenti: La raccolta dei dati verrà effettuata attraverso un questionario semi-strutturato costruito ad hoc, una scheda sociodemografica per la rilevazione delle variabili personali e professionali e una scala di valutazione del benessere percepito, selezionata in base ai risultati della fase precedente.

Fase 2: Analisi dei dati qualitativi e quantitativi dei fattori identificati.

Obiettivi: Questa fase si concentra sull'analisi delle risposte al questionario qualitativo, con l'obiettivo di individuare temi ricorrenti e schemi interpretativi re-

lativi ai fattori che influenzano il benessere percepito dagli psicoterapeuti. I dati qualitativi verranno esaminati attraverso un'analisi tematica, mentre i risultati emersi saranno confrontati con le informazioni raccolte tramite la scheda sociodemografica e la scala di valutazione del benessere percepito. L'integrazione tra dati qualitativi e quantitativi consentirà di ottenere una visione più articolata e approfondita del fenomeno.

Metodi: L'analisi dei dati qualitativi verrà condotta attraverso tecniche di analisi del contenuto e codifica tematica, con l'obiettivo di individuare le categorie concettuali emergenti e i temi ricorrenti relativi ai fattori che influenzano il benessere percepito dagli psicoterapeuti. Per i dati quantitativi, verranno applicati metodi di correlazione e analisi fattoriale, al fine di esplorare le relazioni tra le variabili sociodemografiche, le dimensioni del benessere percepito e i fattori emersi dall'analisi qualitativa. L'integrazione tra questi approcci consentirà di sviluppare un quadro più strutturato e coerente del fenomeno indagato.

Risultati attesi e conclusioni

Questo studio esplorativo costituisce un primo passo per comprendere quali elementi gli psicoterapeuti italiani ritengano fondamentali per il proprio benessere. Il questionario qualitativo, costruito ad hoc, è progettato per raccogliere informazioni sia sui fattori esterni sia sulle dinamiche interne e relazionali che i terapeuti considerano determinanti per il mantenimento del loro equilibrio psicologico. L'integrazione tra l'approccio qualitativo e la raccolta di dati quantitativi consentirà di approfondire le esperienze vissute e di identificare le pratiche ritenute più efficaci nel favorire la soddisfazione professionale e personale.

Dai risultati ci aspettiamo di individuare elementi di interesse e buone pratiche che possano contribuire a una maggiore comprensione dei fattori che favoriscono il benessere degli psicoterapeuti. Riteniamo che possano emergere aspetti comuni che evidenziano l'importanza dell'attenzione e della consapevolezza che il clinico sviluppa su di sé e sul modo in cui sceglie di orientare la propria esistenza, sia a livello personale che professionale. Con questo lavoro ci auguriamo di offrire un con-

tributo utile affinché gli psicoterapeuti del futuro possano sviluppare una maggiore responsabilità rispetto alle proprie azioni e scelte esistenziali, promuovendo così un approccio più consapevole e sostenibile alla professione.

Il benessere non è un concetto isolato, ma un processo dinamico che intreccia le dimensioni personali e professionali. Le evidenze raccolte in questo studio contribuiranno a una comprensione più approfondita di questa relazione, offrendo spunti per sviluppare pratiche e abitudini che permettano ai terapeuti di investire consapevolmente nel proprio equilibrio psicologico. Promuovere il benessere dei clinici non solo favorisce la loro qualità di vita, ma si riflette anche positivamente sulla pratica terapeutica, contribuendo a una maggiore efficacia e presenza nel lavoro con i pazienti.

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi in relazione ai contenuti del presente articolo.

BIBLIOGRAFIA

- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'shea, D., Herring, M. P., & Campbell, M. J. (2018). The prevalence and cause (s) of burnout among applied psychologists: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 9, 1897.
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of clinical psychology*, 74(9), 1431-1456.
- Van Hoy, A., & Rzeszutek, M. (2022). Burnout and psychological wellbeing among psychotherapists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 928191.
- Lee, M. K., Kim, E., Paik, I. S., Chung, J., & Lee, S. M. (2020). Relationship between environmental factors and burnout of psychotherapists: Meta-analytic approach. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(1), 164-172.
- Jimenez, R. R., Andersen, S., Song, H., & Townsend, C. (2021). Vicarious trauma in mental health care providers. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 24, 100451.
- Heinonen, E., Orlinsky, D. E., Willutzki, U., Rønnestad, M. H., Schröder, T., Messina, I., ... & Hartmann, A. (2022). Psychotherapist trainees' quality of life: Patterns and correlates. *Frontiers in Psychology*, 13, 864691.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and clinical Psychology*, 26(3), 385-403.
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20.
- Williams, K. E., & Chambless, D. L. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 21(1), 111-116.
- Wogan, M., & Norcross, J. C. (1985). Dimensions of therapeutic skills and techniques: Empirical identification, therapist correlates, and predictive utility. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(1), 63.
- Laverdière, O., Kealy, D., Ogradniczuk, J. S., & Morin, A. J. (2018). Psychological health profiles of Canadian psychotherapists: A wake up call on psychotherapists' mental health. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 59(4), 315.
- Tay, S., Alcock, K., & Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1545-1555.
- Schaffler, Y., Kaltschik, S., Probst, T., Jesser, A., Pieh, C., & Humer, E. (2022). Mental health in Austrian psychotherapists during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 10, 1011539.
- Humer, E., Pammer, B., Schaffler, Y., Kothgassner, O. D., Felnhofer, A., Jesser, A., ... & Probst, T. (2023). Comparison of mental health indicators in clinical psychologists with the general population during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*, 13(1), 5050.
- Torcal, M., & Magalhães, P. C. (2009). Political culture in Southern Europe: searching for exceptionalism. Disponibile per download em: <http://pmdccm.googlepages.com/Political-CultureinSouthernEuropemarc.pdf>.
- Dunne, C. (2011). The place of the literature review in grounded theory research. *International journal of social research methodology*, 14(2), 111-124.
- Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2003, July). An introduction to the international wellbeing group and the international wellbeing index. In *Fifth Conference of the International Society for Quality-of-Life Studies*, Frankfurt, Germany.
- Hyland, M. E., & Sodergren, S. C. (1996). Development of a new type of global quality of life scale, and comparison of performance and preference for 12 global scales. *Quality of Life Research*, 5, 469-480.
- World Health Organization. (1998). Regional Office for Europe Wellbeing measures in primary health care: the Depcare Project. In *Report on a WHO Meeting*.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C. D., & Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria*, 38(3), 117-130.



Editoriale

Amore liquido, legami fragili: la violenza di genere nella crisi delle relazioni

VALERIA CIOFFI

SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Napoli, Italia

«La violenza contro le donne è forse la più vergognosa violazione dei diritti umani. E forse è la più diffusa. Finché continuerà, non potremo pretendere di realizzare un vero progresso verso l'eguaglianza, lo sviluppo e la pace».

Kofi Annan, 1999

Viviamo in quella che Bauman (2003) [1] ha definito **società liquida**: una collettività caratterizzata da relazioni sempre più instabili, consumate in fretta, talvolta logorate dall'incapacità di reggere la frustrazione di dilazionare i bisogni personali, segnate dalla paura dell'impegno e dall'evitamento del conflitto [2]. In questa relazionalità sempre più evanescente, la **violenza di genere** continua a radicarsi, quasi invisibile nei suoi esordi, ma devastante nei suoi esiti. Più i legami si fanno fragili, più cresce il bisogno di controllo. E con esso, il rischio di abuso [3].

Il mio lavoro clinico e di ricerca mi ha portata a riconoscere nella violenza non solo un atto, ma un **copione relazionale interiorizzato**, appreso spesso sin dall'infanzia, reiterato nei legami adulti. Come ho approfonditamente descritto in diverse presentazioni promosse a livello territoriale, a scopo divulgativo e preventivo, durante il periodo in cui lavoravo presso i CAV (Centro Antiviolenza), la violenza di genere non nasce da un raptus, ma piuttosto da una struttura culturale e affettiva che assegna ruoli rigidi ai generi: dominanza e controllo agli uomini, sottomissione e rinuncia alle donne [4,5].

Questo assetto si forma nella prima infanzia, in quella zona relazionale dove si intrecciano bisogni di attaccamento, protezione e riconoscimento. Come sostiene Ligabue [6], lo sviluppo del sé si organizza all'interno delle prime relazioni significative attraverso la costruzione degli **stati dell'io** [7] e dei **modelli operativi interni** [8], che regolano la nostra capacità di relazionarci, amarci, proteggerci. Quando tali relazioni sono segnate da trascuratezza, svalutazione o sopraffazione, si interiorizzano copioni basati sull'inadeguatezza, sulla colpa o sulla paura.

Le manifestazioni della violenza sono molteplici: psicologiche, economiche, fisiche, sessuali. Ma il **filo rosso è sempre il controllo**. Controllare significa negare l'autonomia

Citation: Cioffi, V. (2025). Editoriale: Amore liquido, legami fragili: la violenza di genere nella crisi delle relazioni. Phenomena Journal, 7(2), 82-83. DOI: 10.32069/PJ.2021.2.250.

Contatta l'autore: Valeria Cioffi, PhD;
e-mail: dr.valeriacioffi@gmail.com

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Pubblicato: 11 giugno 2025



dell'altro, impedire la sua soggettività. Spesso ciò che viene scambiato per amore è in realtà possesso: un *"malamore"* - come viene definito dal titolo del film diretto da Francesca Schirru, uscito nelle sale lo scorso 8 maggio 2025 - che nutre la dinamica tossica e che trova giustificazione nei modelli sociali e familiari di riferimento.

Il corpo, come ci ricorda ancora Ligabue [6], non è solo testimone della violenza, ma anche **archivio relazionale**. Posture, sintomi, tensioni, somatizzazioni sono tracce di un linguaggio preverbale che racconta ciò che la mente spesso non osa nominare [9,10]. Il *bodyscript*, in Analisi Transazionale, è proprio questa memoria incarnata della relazione, il luogo dove il copione prende forma e si fissa.

Se è vero che la violenza è appresa in relazione, è altrettanto vero che solo attraverso nuove relazioni può essere **"disappresa o guarita"**. Per questo è urgente investire in una **educazione affettiva**, capace di distinguere tra cura e controllo, tra amore e dipendenza, tra bisogno e manipolazione.

Una rivoluzione culturale è possibile solo se si agisce sul piano della consapevolezza, dell'empatia, del rispetto delle differenze. Riconoscere e interrompere il ciclo della violenza non è solo un atto terapeutico o politico, ma profondamente umano.

Siamo chiamati a riscrivere il nostro copione relazionale, culturale e transgenerazionale. A passare dal bisogno di possedere l'altro come oggetto di piacere all'arte di amare.

E in questo passaggio, ogni gesto educativo, ogni relazione significativa, ogni sguardo non violento, ogni espressione di gentilezza può diventare un atto rivoluzionario.

CONFLITTO DI INTERESSI

L'autore dichiara di non avere alcun conflitto di interessi in relazione ai contenuti del presente lavoro.

BIBLIOGRAFIA

1. Bauman, Z. (2003). *Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi*. Laterza.
2. Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2018). *Love in a Time of Globalization*. Polity Press.
3. Illouz, E. (2016). *Perché l'amore fa male*. Universale Economica Feltrinelli.
4. Butler, J. (2021). *The Force of Nonviolence: An Ethico-Political Bind*. Verso Books.
5. Puleo, A. (2019). *Violenza di genere. Una lettura filosofica*. Edizioni ETS.
6. Ligabue, S. (2004). Modi della relazione. Stati dell'Io, copione, corpo. In *Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane*, n. 41.
7. Berne, E. (1977). Intuition and Ego States: The Origin of Transactional Analysis: A Series of Papers, trad. it. *Intuizione e Stati dell'Io*.
8. Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and brain sciences*, 2(4), 637-638.
9. Schore, A. N. (2019). *Right Brain Psychotherapy*. Norton.
10. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.