

ARTICOLO DI OPINIONE

La terapia della Gestalt con gli attacchi di panico Modello Relazionale di Base, ciclo vitale e clinica in GTK

Gaspere Orlando¹

¹ GTK - Istituto Gestalt Therapy Kairos



Citation

Orlando G. (2020).
La terapia della Gestalt
con gli attacchi di panico
Modello Relazionale di Base,
ciclo vitale e clinica in GTK
Phenomena Journal, 2, 82-91.
<https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.39>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Gaspere Orlando
gaspereorlando69@gmail.com

Ricevuto: 27 aprile 2019

Accettato: 05 ottobre 2020

Pubblicato: 06 ottobre 2020

ABSTRACT

The article describes the study, research and clinic of Panic Attacks with a phenomenological and procedural reading, faithful to the theoretical-clinical orientation of Gestalt Therapy (gtk institute). The Panic Attacks can be considered a dramatic request for a relationship to reconstruct that constitutive belonging to every integral and full identity. In this regard, in the contribution, the issues concerning the phenomenology of the Panic Attack in the Postmodern Society will be addressed, the meaning of the symptom in relation to the patient's Life Cycle with reference to the current context and to the Base Relational Model (BRM). Study and clinical research shed light on the diagnostic aspect of panic attacks (contact interruption and body-relational experience in the retroflexive relational style), and on the therapeutic one, taking into account the contact cycle theory, the theory evolutionary and of the theory of the self. Finally, emphasis will be given to the differential diagnosis between the Panic Attack and the Panic Crisis, since this aspect determines the specific clinical and therapeutic intervention.

KEYWORDS

base relational model, panic attacks, Gestalt therapy.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'articolo descrive lo studio, la ricerca e la clinica degli Attacchi di Panico con una lettura fenomenologica e processuale fedele all'orientamento teorico-clinico della Gestalt Therapy (Istituto GTK). Gli Attacchi di Panico possono essere considerati una drammatica richiesta di relazione per ricostruire quell'appartenenza costitutiva di ogni identità integra e piena. A tal proposito, nel contributo saranno affrontati i temi riguardanti la fenomenologia dell'Attacco di Panico nella Società Postmoderna e il significato del sintomo relativamente al Ciclo Vitale del paziente con riferimento all'attuale contesto e al Modello relazionale di base (MRB). Lo studio e la ricerca clinica fanno luce sia sull'aspetto diagnostico degli attacchi di panico (interruzione di contatto e dell'esperienza corporeo-relazionale nello stile relazionale retroflessivo), sia su quello terapeutico, tenendo conto della teoria del ciclo di contatto, della teoria evolutiva e della teoria del Sé. Infine verrà dato rilievo alla diagnosi differenziale tra l'Attacco di Panico e la Crisi di Panico, dal momento che proprio quest'aspetto determina lo specifico intervento clinico e terapeutico.

PAROLE CHIAVE

modello relazionale di base, ciclo vitale, attacchi di panico, psicoterapia della Gestalt.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

In un contesto sociale e culturale come quello che stiamo vivendo, dove i cambiamenti avvengono con una velocità talune volte disorientante, parlare di attacchi di panico non tenendo conto della fenomenologia dei legami affettivi e dei vissuti relazionali riguardanti la postmodernità [1], può diventare fuorviante e confusivo, sia nel processo diagnostico che terapeutico.

A tal proposito, come ci ricorda Eugenio Gaddini, i cambiamenti dei nostri pazienti sono sempre da accostare ai cambiamenti epocali [2].

Aspetti teorico-clinici e di ricerca in Gestalt Therapy

Perls, Hefferline e Goodman [3], nel testo fondamentale *Teoria e Pratica della Gestalt*, costruiscono i principi teorico-clinici della Gestalt Therapy a partire da una epistemologia fenomenologica, attraverso la quale possiamo contattare gli strati più profondi della nostra esistenza (i vissuti), per poter fare l'esperienza del contatto (pieno) nel qui ed ora.

Sempre Goodman ribadisce che ogni teoria è stata generata a partire dalla concreta situazione terapeutica; l'intuizione di un approccio nasce infatti dall'esigenza di dare un primato epistemologico al lavoro clinico, pensandolo in profondità e modellando su di esso l'elaborazione teorica, per evitare l'astrattezza di un *logos* generalizzante e ritrovare tutta la densità di un'esperienza viva, ma insieme abitata da una razionalità che appartenga specificamente alla relazione terapeutica [3].

Meta di ogni terapia dovrebbe essere l'accrescimento della consapevolezza del paziente [4]. Scrive Salonia [5]: "Perché una persona possa diventare consapevole della propria esperienza, questa deve essere sempre dicibile" [5] (p. 49), e "la parola deve essere sempre copia fedele di quello che accade (ed è accaduto) nell'organismo" [5] (p. 49). Come ci ricorda Goodman [3] (p. 189) nel testo fondante della Gestalt Therapy, *Teoria e pratica della Gestalt*, la funzione-Personalità è "copia verbale del Sé!".

Psicopatologia dell'Attacco di Panico (Disturbo di Panico)

Fatte le dovute premesse, proviamo adesso ad addentrarci nella descrizione clinica della psicopatologia relativa agli attacchi di panico (disturbo di panico).

Troviamo per la prima volta la sintomatologia clinica sperimentata dai pazienti con attacchi di panico nelle descrizioni di Jacob Da Costa nel 1871, che la definì come "Sindrome del cuore irritabile" [6], caratterizzata da una estrema attivazione del sistema neurovegetativo e cardiorespiratorio in forma acuta e inaspettata, in soggetti reduci da guerra (prevalentemente nei soldati).

La letteratura scientifica conferisce al disturbo di panico autonomia diagnostica solo a partire dal 1980 con la pubblicazione del *DSM-III*. Ad oggi, nel manuale condiviso dalla comunità scientifica, la diagnosi si basa sugli aspetti descrittivi della sintomatologia clinica e sulla frequenza statistica con cui i sintomi si presentano (vedi criteri diagnostici del *DSM*).

Il *DSM-5* parla dell'attacco di panico non come una categoria diagnostica precisa, ma come una costellazione sintomatologica che possiamo riscontrare in diversi tipi di patologia, sia di natura psicologica che organica, in particolare nei disturbi d'ansia.

Lo stesso manuale definisce 'attacco di panico' l'esperienza relativa a "un periodo preciso di intensa paura o disagio, durante il quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente e inaspettatamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di dieci minuti:

1. palpitazioni o tachicardia;
2. sudorazione;
3. tremori (fini o a grandi scosse);
4. sensazione di soffocamento o dispnea;
5. sensazione di asfissia;
6. dolore o fastidio al petto;
7. nausea o disturbi addominali;
8. sensazione di sbandamento, di instabilità o di svenimento;
9. derealizzazione o depersonalizzazione;
10. paura di perdere il controllo o di impazzire;
11. paura di morire;
12. parestesie;
13. brividi o vampate di calore [7].

Perché gli attacchi di panico possano evolversi in 'disturbo di panico', è necessario che questi si ripetano per un certo periodo di tempo e con una certa frequenza.

L'originale lettura della psicopatologia dell'attacco di panico in GTK (Istituto di Gestalt Therapy Kairòs)

L'attacco di panico sembra porsi come una sfida per gli psicoterapeuti, in quanto non di rado si discute anche tra noi colleghi di casi in cui pazienti affetti da questa patologia sembrano non trarre benefici dalla terapia, anzi, talune volte sembrano avere delle ricadute 'inspiegabili'.

A tal proposito, Salonia (comunicazione personale, 7-8 giugno 2013) da tempo ribadisce che gli attacchi di panico sono da ritenersi una categoria diagnostica precisa e relativa a una specifica modalità relazionale con stile retroflessivo. L'autore argomenta e chiarisce con fermezza e rigore scientifico la differenza sostanziale tra attacchi di panico e crisi di panico, queste ultime appartenenti ai disturbi di ansia e che lo stesso Salonia ha trattato in maniera esaustiva in diversi suoi lavori [8] [9].

L'epistemologia ermeneutica della Gestalt Therapy ci permette di leggere i segni e i sintomi sopra descritti contestualizzandoli all'interno di una storia unica e irripetibile, e dentro una relazione specifica, dove la sofferenza che il paziente porta al confine di contatto col terapeuta viene esperita in un 'qui ed ora' pregno dei vissuti corpo-relazionali più autentici.

In Gestalt Therapy la diagnosi e la cura coincidono e il passato non assimilato, come

ci ricorda Antonio Sichera [10], diventa figura nel setting terapeutico, dove il sintomo, nonostante la sua problematicità in quel contesto, diventa un appello alla relazione e una drammatica richiesta di cura.

L'attacco di panico, nella sua drammaticità, disvela un senso di impotenza vissuto tanto dal paziente quanto dal terapeuta [11], e non saranno sicuramente le categorie verbali a rendere giustizia alla sofferenza esperita dal paziente, né tantomeno le parole avulse dall'esperienza corporea, che nello specifico non trovano espressione spontanea né contestualizzazione all'interno di un processo di consapevolezza [12] [13] [8] [2].

Psicopatologia e Modello Relazionale di Base (MRB)

Premesso ciò, la psicopatologia va sempre letta dentro uno specifico contesto sociale e culturale; di fatti, “assumendo la relazionalità (nella sua declinazione di schemi dell'esserci-con) come chiave di lettura della complessità del rapporto individuo-società [viene elaborato] il Modello Relazionale di Base (MRB) come chiave di lettura del rapporto tra contesti culturali e psicoterapia” [2] p. 16).

In questa teorizzazione Salonia descrive le differenze tra il MRB/Noi, che privilegia l'appartenenza e viene in figura nelle situazioni di pericolo, dove è richiesta una spinta alla sopravvivenza, e il MRB/Io, che privilegia la soggettività e l'autorealizzazione di sé. Possiamo dire che l'attacco di panico è da riferire a uno stile relazionale tipico di una società che risponde al MRB/Io.

Le nuove prospettive teoriche in Gestalt Therapy: ricerca e riletture teoriche in GTK

Fondamentale nel processo diagnostico (e di cura) in Gestalt Therapy è il *corpus* teorico sulle funzioni del Sé.

A tal proposito, accenneremo brevemente alla Teoria del Sé in Gestalt Therapy, e in particolare alle recenti ricerche (Salonia, Sichera, Conte, Orlando e altri) portate avanti dall'istituto di Gestalt Therapy h.c.c. Kairòs, in quanto indispensabile guida, insieme alla teoria del contatto e a quella evolutiva, per ogni orientamento diagnostico e terapeutico che voglia connotarsi di scientificità, capace quindi di replicare i risultati attesi e precedentemente ottenuti nella ricerca clinica. Goodman [3] afferma che il sé in Gestalt è principalmente una funzione del rapporto Organismo-Ambiente. Il sé è l'organismo in contatto, e ha, tra le altre connotazioni, tre sottostrutture importanti abitualmente così descritte: la funzione-Es (il corpo da cui emerge il movimento verso: 'Cosa sento'), la funzione-Io (per far proprio o alienare quello che emerge: 'Cosa voglio'), la funzione-Personalità (l'assimilazione dopo il contatto: 'Cosa sono diventato') [5].

La teoria del ciclo di contatto fa riferimento al processo che determina tempi e modi del rapporto organismo-ambiente; tale processo, nei suoi aspetti fisiologici e patologici ci consente di identificare il 'come', a livello di processo corporeo-relazionale, l'individuo raggiunga l'altro o meno, e quindi 'quando' e 'come' il soggetto *inter-*

rompe il processo di contatto (psicopatologia) con l'ambiente.

Infine, un accenno alla teoria evolutiva: 'faro' dell'iter diagnostico, senza la quale, sarebbe impossibile comprendere nel qui ed ora un passato vivo e presente nelle esperienze di contatto. Infatti gli schemi dell'esserci-con, esperiti dall'individuo a livello corporeo relazionale, fanno riferimento alle figure significative che si sono prese cura di lui. Illuminante a tal proposito la teoria evolutiva elaborata da Salonia [14], "dal Noi all'Io-Tu", e le successive teorizzazioni dello stesso con gli studi sull'"Edipo dopo Freud", e sul "triangolo primario" (la co-genitorialità come espressione della funzione-Personalità del Sé).

La ricerca nella pratica clinica

Genesi della "modalità relazionale retroflessiva" nei pazienti con attacchi di panico
Quanto segue, è frutto di una ricerca che sarà a breve pubblicata nei dettagli e di cui in questo articolo forniamo qualche stralcio al fine di chiarire al meglio quanto descritto in questo paragrafo.

La ricerca estrapolata dal lavoro clinico e corroborata dal supporto descrittivo di 400 cartelle cliniche di 40 psicoterapeuti diversi (10 cartelle in forma anonima fornite da ognuno). 30 colleghi terapeuti sono italiani ed operano in 5 regioni italiane diverse, 10 psicoterapeuti invece sono 5 dell'est Europa, 2 lavorano a Lisbona, 1 Barcellona e 2 a Londra.

Tutte le cartelle cliniche condividono simile sintomatologia clinica in forma descrittiva che riferisce ansia acuta con panico (crisi di panico e/o attacco di panico). Su 400 casi 277 nonostante la sintomatologia simile soffrono di attacchi di panico, rispetto alla restante parte che nonostante la similitudine sintomatologica e affetta da ansia con crisi di panico reattiva a specifica "situazione reale" (vedi breve descrizione nella diagnosi differenziale).

Nel lavoro clinico, sia nel processo diagnostico sia durante ogni fase della terapia con i pazienti affetti da disturbo di panico emerge una storia evolutiva caratterizzata da 'trame familiari disturbate'.

La cogenitorialità è condizionata negativamente a livello di 'rapporto coniugale' non paritario, "vissuto con ossessiva contrapposizione o dipendenza (*one up – one down*). La/il figlia/o diventa alleata/o con il genitore di sesso diverso e contro il genitore dello stesso sesso" [15] (p. 27). Il bambino è costretto a sacrificare parti di sé pur di essere come la madre lo vuole, compiacendo la stessa, rendendosi speciale ai suoi occhi; verranno così chiesti al bambino, implicitamente o no, comportamenti 'adulterizzati': "così sentirsi grande in un corpo piccolo diventa origine della modalità retroflessiva" [15] (p. 27). Il bambino per sentirsi speciale agli occhi del genitore del sesso opposto ha dovuto rinunciare all'esperienza di essere accolto e sostenuto nel suo bisogno di essere piccolo, ed è proprio tale esperienza che non gli ha permesso di lasciarsi andare all'ambiente con spontaneità e fiducia, mettendo in atto la retroflessione come interruzione di contatto. "Il controllo delle parti di sé ritenute dalla

madre brutte/cattive provoca quella scissione che Winnicott [16] chiama ‘vero sé’ e ‘falso sé’, e che in Gestalt Therapy è la ‘retroflessione’” [15] (p. 27), intesa come modalità di interruzione del processo di contatto nell’attacco di panico.

Valeria Conte [15], in modo esaustivo, descrive in diversi suoi lavori e articoli tale modalità relazionale, e a proposito del “narcisista retroflessivo” (p. 22), scrive che a differenza del “narcisista confluyente” (p. 21) e del “narcisista autistico” (p. 22), i quali legano la loro fragilità e vulnerabilità a delle esperienze mancate, e pertanto richiedono introiezioni, i ‘retroflessivi’, invece, “temono l’introiezione come annullamento della propria personalità” (p. 22). L’introiezione, infatti, in terapia potrebbe riguardare anche la chiarificazione dei ruoli (terapeuta-paziente) all’interno del setting. Il paziente con modalità relazionale narcisistica ha difficoltà a definirsi dentro una relazione terapeutica (in quanto non si fida dell’ambiente, O>A) come bisognoso di aiuto (disturbo della funzione-Personalità del Sé) per l’estrema incapacità ad affidarsi e di chiedere: egli sperimenta una vera e propria ‘fobia del legame’.

A seguito di quanto detto, possiamo affermare con rigore scientifico che la persona che soffre di attacco di panico interrompe il processo di contatto nella retroflessione. Nel disturbo di panico, il paziente sperimenta un crollo del grounding esistenziale (funzione-Personalità del Sé). La perdita di quella ‘falsa autonomia’ e di ‘sicurezze’ fa emergere nella persona con modalità relazionale retroflessiva, sebbene in forma ‘latente e sintomatica’, il bisogno di un legame significativo e autentico da sempre cercato e mai sperimentato. Ciò consente al paziente di accedere alla relazione terapeutica con una ‘implicita’ e più chiara definizione dei ruoli legata alla richiesta di aiuto. Il paziente, a questo punto, a differenza delle precedenti esperienze, dove i legami fragili e poco significativi accompagnavano l’esperienza dello stesso, ricerca solo pochi legami ma significativi e nutrienti a cui affidarsi (terapeuta, medico, moglie, fratello, genitori, etc.).

La diagnosi differenziale: attacco di panico o crisi di panico?

A questo punto possiamo entrare nel vivo della diagnosi differenziale relativamente al disturbo di panico; innanzitutto bisogna chiarire che in alcune circostanze il panico può essere considerato fisiologico quando è riferito ad un pericolo reale, a cui il soggetto si accosta improvvisamente. Ciò può innescare nella persona il meccanismo innato di ‘attacco fuga’, che lo fa rimanere paralizzato di fronte al pericolo reale ed inaspettato. Tale meccanismo può essere considerato conservativo e specie specifico. Il panico patologico, o crisi di panico, invece, si manifesta attraverso una reazione abnorme di natura psicofisiologica, con dei picchi di ansia acuta [17], incoerenti con il rischio o pericolo relativo alla situazione. Tale manifestazione è tipica dei soggetti ansiosi e insicuri. Nella loro storia di vita raccontata in terapia (estrapolata dalle cartelle), narrano di paure diffuse e generalizzate, ansia nelle situazioni di passaggio e/o laddove dovevano separarsi (scolarizzazione) e magari, sentire una adeguata autonomia legata al contesto e alla fase evolutiva. Inoltre, il panico o la crisi di panico è sempre connessa a una situazione reale e che si verifica nel qui ed ora ed in cui il soggetto non riesce a far fronte con le proprie risorse o almeno con quelle che crede

di possedere.

L'attacco di panico si riferisce invece ad una esperienza di ansia acuta con una attivazione neurofisiologica e del sistema neurovegetativo e vagale [18] (vedi criteri diagnostici *DSM-5* sopra descritti), che si manifesta inaspettatamente ed improvvisamente all'interno di una situazione ordinaria o abituale, ed è una esperienza tipica a cui possono andare incontro soggetti con uno stile apparentemente 'autonomo', molto efficienti nella vita e piuttosto anaffettivi [19] (G. Orlando, comunicazione personale, 22-25 settembre 2016). In verità, non c'è un pericolo immediato e reale nel qui ed ora, ma sentono una difficoltà legata al ciclo vitale (prossimità al diploma o laurea, perdita o cambio lavoro, matrimonio imminente, nascita di un figlio: paternità-maternità, ecc.). Ciò mette in crisi questi soggetti, in quanto non sentono adeguato il proprio autosostegno per fronteggiare tali eventi evolutivi del loro ciclo vitale, con il conseguente crollo della funzione personalità del Sé.

La terapia

A seguito di quanto detto, focalizziamo adesso l'attenzione sulle cure diametralmente opposte relative alla crisi di panico e all'attacco di panico - disturbo di panico (vedi tabella 2).

La terapia con i pazienti affetti da *crisi di panico* verterà sui processi e sui blocchi legati all'ansia di separazione, e quindi si andrà a sostenere la forza e l'autonomia nella persona in modo tale che la stessa possa contattare l'ambiente con spontaneità e sicurezza.

Al contrario, la terapia con i pazienti affetti da *disturbo di panico* muove i passi dal lavoro sulla funzione personalità del Sé. "Infatti ogni interruzione nel ciclo di contatto/ritiro dal contatto rimanda ad una storia di relazioni primarie nelle quali il soggetto ha vissuto ed appreso – a livello verbale e corporeo – esperienze disturbate della funzione-Personalità [...]. Fare emergere dallo sfondo e descrivere le trame familiari dentro le quali si è appresa una modalità di interruzione è un efficace procedimento terapeutico coerente con la matrice fenomenologica della Gestalt Therapy" [20] (p. 701, 702).

Obiettivo della terapia sarà quello di attraversare le angosce legate all'appartenenza, favorendo e sostenendo una sana confluenza.

Nella relazione terapeutica diventa fondamentale differenziare il rapporto nella sua dimensione asimmetrica, dove c'è un 'Tu' a cui il paziente si può affidare senza sentirsi squalificato e dentro il quale può ritrovare sé stesso.

È chiaro che, per quanto sopra descritto relativamente alla reazione abnorme che il corpo sperimenta durante l'attacco di panico, il lavoro sulla funzione-Es del Sé sarà centrale nella terapia, a partire dal respiro fino ad arrivare ai vissuti esperiti nel corpo come tensioni, espressione di blocchi della relazione con l'altro. Goodman a tal proposito parla del 'Sé che si concentra'; lavorare utilizzando le tecniche di concentrazione sul corpo, in modo tale che il paziente possa recuperare quei vissuti da sempre negati e retroflessi ma appartenenti a sé stesso, è buona prassi terapeutica con i pazienti affetti da disturbo di panico.

Lavorare sulle retroflessioni all'interno del percorso terapeutico aiuterà il paziente sostenuto dal terapeuta a fidarsi dell'ambiente e di sé stesso, superando quei blocchi legati ai propri vissuti corporeo-relazionali che non hanno permesso nel tempo di contattare l'altro e di affidarsi allo stesso.

La terapia potrà essere considerata conclusa nella misura in cui il paziente a livello di funzione-Personalità sperimenterà una co-centralità nel sentirsi unico, ma con gli altri. A livello di funzione-Es, avvertirà la sensazione di abitare il proprio corpo e la consapevolezza che i bisogni emergenti vengono integrati negli schemi dell'esserci-con, con responsabilità. A livello di ciclo di contatto il paziente sarà in grado di consegnarsi al *finally contact* e di vedere l'altro non come ostacolo, ma come una risorsa [21].

Considerazione conclusiva

La terapia potrà in tal modo offrire al paziente che soffre di disturbo di panico una personalità nuova ed integra, capace attraverso i nuovi schemi dell'esserci-con appresi nella relazione col terapeuta di raggiungere la pienezza da sempre voluta e 'finalmente' trovata.

APPENDICE

Tabella 1

**Spinte Motivazionali e Angosce Esistenziali
nel Modello Relazionale di Base Noi/lo**

MRB/Noi

- privilegia l'**appartenenza**
- lo riscontriamo in situazioni di pericolo
- e dove è richiesta una spinta alla sopravvivenza

Ansia di **Separarsi**

MRB/lo

- privilegia la **soggettività** e l'autorealizzazione di sé

Ansia di **Consegnarsi**

Tabella 2

La differenza tra **Orisi di Panico** e **Attacchi di Panico** non è dunque una questione di linguaggi, ma è fondamentale nel processo diagnostico e terapeutico.

Orisi di Panico:

- Difficoltà reale e presente
- Passato costell. di paure e difficoltà a separarsi...

**SOSTENERE L'AUTONOMIA
E LA FORZA**

Attacchi di Panico

- Non c'è una difficoltà attuale ma nel ciclo vitale sta avvenendo qualcosa... matrimonio, maternità/paternità.. Ecc
- Mai evidenziato problemi anzi spesso trattasi di gente molto affermata che frequentava diversi contesti fino all'attacco di panico

**SOSTENERE IL LEGAME E
L'APPARTENENZA**

TERAPIA

BIBLIOGRAFIA

1. Salonia, G. (2005), Cambiamenti sociali e disagi psichici. Gli attacchi di panico nella postmodernità. In G. Francesetti (ed.), *Attacchi di panico e postmodernità* (pp. 36-50). Milano: Franco Angeli.
2. Salonia, G. (2013). Psicopatologia e contesti culturali. In G. Salonia, V. Conte & P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di psicopatologia gestaltica* (pp. 17-32). Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.
3. Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1997). *Teoria e pratica della Terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio. (ed. or. 1951).
4. Salonia, G. (2011). *Sulla felicità e dintorni. Tra corpo, parola e tempo*. Trapani: Il pozzo di Giacobbe.
5. Salonia, G. (2012). Teoria del sé e società liquida. Riscrivere la funzione-Personalità in Gestalt Therapy. *GTK Rivista di Psicoterapia*, 3, 33-62.
6. Da Costa, J. M. (1871). On Irritable Heart: A Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and Its Consequences. *The American Journal of the Medical Sciences*, 61, 121, 17-52.
7. American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina. (ed. or. 2013).
8. Salonia, G. (2013b). Disagio psichico e risorse relazionali. In G. Salonia, V. Conte & P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di psicopatologia gestaltica* (pp. 55-67). Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.
9. Salonia, G. (2013c). L'anxiety come interruzione nella Gestalt Therapy. In G. Salonia, V. Conte & P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di psicopatologia gestaltica* (pp. 33-53). Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.
10. Sichera, A. (2013). Ermeneutica e Gestalt Therapy. Breve introduzione ai fondamenti di una diagnosi gestaltica. In G. Salonia, V. Conte & P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di psicopatologia gestaltica* (pp. 11-16). Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.
11. Francesetti, G. (2005). *Attacchi di panico e postmodernità. La psicoterapia della Gestalt fra clinica e società*. Milano: Franco Angeli.
12. Salonia, G. (1986). La consapevolezza nella teoria e pratica della Psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 3, 125-146.
13. Salonia, G. (2008). La Psicoterapia della Gestalt e il lavoro sul corpo. Per una rilettura del fitness. In S. Vero, *Il corpo disabitato. Semiologia, fenomenologia e psicopatologia del fitness* (pp. 51-71). Milano: Franco Angeli.
14. Salonia, G. (1989). Tempi e modi del contatto. *Quaderni di Gestalt*, V, 8/9, 55-64.
15. Conte, V. (2013). La modalità relazionale narcisistica nella post modernità e il lavoro terapeutico in Gestalt Therapy. *GTK Rivista di Psicoterapia*, 4, 17-38.
16. Winnicott, D. W. (1970). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando. (ed. or. 1965).
17. Kandel, E. R. (2007). *Psichiatria, Psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Milano: Raffaello Cortina. (ed. or. 2005).
18. Porges, S. W. (2014). *La teoria Polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Giovanni Fiorini.
19. Castrechini, A. (2014). Con te non ho paura. Per una rilettura di *Attacchi di Panico e Postmodernità*. *GTK Rivista di Psicoterapia*, 5, 104-105.
20. Salonia, G. (2014). Dalla grandiosità dell'immagine alla pienezza del contatto. Pensieri sulla psicoterapia della Gestalt e i vissuti narcisistici. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (A cura di). *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica* (pp. 697-713). Milano: Franco Angeli.
21. Salonia, G. (2013d). Pensieri su Gestalt Therapy e vissuti narcisistici. In G. Salonia, V. Conte & P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di psicopatologia gestaltica* (pp. 159-179). Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.