

I 6 pilastri del terapeuta del XXI secolo

Di Richard Hill

Introduzione: Un paesaggio in evoluzione

La psicoterapia è nel mezzo di una notevole trasformazione (Norcross, Pfund, & Cook, 2022). La nostra comprensione scientifica dell'essere umano continua ad espandersi, di conseguenza devono crescere anche i modelli terapeutici che utilizziamo per promuovere la salute mentale, emotiva e relazionale. Ciò che è iniziato più di un secolo fa come un campo nascente radicato nella psicoanalisi e successivamente nel comportamentismo, è sbocciato in una disciplina diversificata e multidimensionale che ora si trova ad affrontare la complessità del sistema mente-corpo del XXI secolo (Norcross & Goldfried, 2005).

All'inizio del XX secolo ha prevalso la teoria psicoanalitica di Freud (Freud, 1917/1963) che, sebbene all'epoca fosse rivoluzionaria, spesso enfatizzava il conflitto intrapsichico rispetto all'esperienza incarnata. Verso la metà del secolo, il comportamentismo, in particolare attraverso figure come B.F. Skinner, ha portato al centro dell'attenzione terapeutica i comportamenti misurabili e osservabili, ma spesso a spese delle sfumature emotive e della soggettività (Skinner, 1953). Solo con l'emergere del movimento umanistico, negli anni '40 e '50, l'esperienza vissuta del cliente iniziò ad assumere un ruolo più centrale. Carl Rogers, Rollo May, Fritz Perls e altri riorientarono la terapia verso la presenza, la personalizzazione e l'autenticità emotiva (Rogers, 1957; Perls, Hefferline, & Goodman, 1951; May, 1969). Con questo cambiamento è arrivata una sfida implicita: considerare i clienti non come destinatari passivi di analisi esperte, ma come partecipanti attivi in un processo relazionale e di creazione di significato (Cain, 2002).

A distanza di diversi decenni, ci troviamo ora nel mezzo di una nuova ondata integrativa. Il panorama terapeutico odierno integra le neuroscienze (Siegel, 2012; Cozolino, 2017), la psicoterapia somatica (Ogden, Minton, & Pain, 2006), la teoria dei sistemi (von Bertalanffy, 1968), gli studi sul trauma (van der Kolk, 2014) e persino le intuizioni spirituali e transpersonali (Wilber, 2000; Rowan, 2005). Non ci viene più chiesto semplicemente di ascoltare, diagnosticare o analizzare. L'esperienza terapeutica stessa ci invita a percepire, adattare, co-creare e partecipare a relazioni di guarigione che abbracciano mente, cervello, corpo e ambiente (Gendlin, 1996; Porges, 2011).

Questo cambiamento di paradigma richiede un nuovo tipo di identità professionale che si fonda sulla responsabilità, sull'interdisciplinarietà e sul pensiero sistemico (Stolorow, Atwood, & Orange, 2002). Il terapeuta del XXI secolo non è più definito dalla sua fedeltà a una singola modalità, ma dalla sua capacità di navigare nella complessità, di impegnarsi in modo creativo e di rispondere in modo adattivo ai bisogni emergenti dei suoi clienti (Norcross & Goldfried, 2005; Wachtel, 2014). Stiamo passando da metodologie prescrittive a pratiche co-creative e in sintonia bio-psico-sociale (Engel, 1977; Rossi, 2002).

Per aiutare a navigare in questo territorio allargato, propongo un quadro concettuale: I sei pilastri della rilevanza. Questi pilastri non sono sorprendenti in quanto sono insegnati in modo preminente in diverse discipline: Neuroscience-Informed, Biology-Informed, Embodied and Somatic, Relational and Responsive, (Re)Integrative e Meaning- Purpose-Transpersonal. La differenza è che si suggerisce che tutti e sei i pilastri debbano essere rilevanti sotto l'unico ombrello della psicoterapia. Essi rappresentano domini fondamentali di comprensione che possono sostenere e strutturare la pratica della psicoterapia nell'era moderna. Ciascun pilastro si basa su un corpus sostanziale di ricerca contemporanea e di innovazione clinica, ma non si tratta di categorie rigide. Piuttosto, sono interconnessi e fluidi, consentendo al terapeuta di pensare in modo dinamico attraverso i domini scientifici ed esperienziali.

Questo modello non intende sostituire le teorie o le tecniche esistenti e non richiede competenze in un ampio ambito di conoscenze. Una citazione tratta da una recente intervista coglie lo standard minimo richiesto: essere almeno *consapevoli della conversazione*. Questo permette al terapeuta di avere una consapevolezza di ciò che può fare e anche di ciò che non può fare, il che consente un rinvio informato, se necessario. I Sei Pilastri offrono un meta-quadro che incoraggia la curiosità, l'integrazione e la consapevolezza critica. I terapeuti sono in grado di rispondere più profondamente non solo al singolo cliente, ma anche al contesto più ampio della biologia, della cultura e della coscienza umana in cui tutti risiediamo (Stolorow, 2011).

Quello che segue è un percorso generale attraverso ciascuno di questi sei pilastri per fornire una base di comprensione al terapeuta del futuro, che riconosce che la guarigione non è una transazione lineare, ma un processo complesso e in evoluzione che coinvolge l'intera persona nella pienezza della sua esperienza (Schoore, 2012; Siegel, 2010).

Pilastro 1: Terapia basata sulle neuroscienze



Nel 21° secolo, nessun terapeuta può permettersi di ignorare il cervello. I progressi delle neuroscienze negli ultimi tre decenni hanno profondamente ridisegnato la nostra comprensione di come emergono i processi mentali, come viene codificato il trauma e come può avvenire il cambiamento (Cozolino, 2017; Schoore, 2012). Ma le neuroscienze non riguardano solo la materia grigia e le sinapsi. Riguardano il modo in cui il cervello, il corpo e il campo relazionale creano e sostengono la nostra vita emotiva. Quando i terapeuti si informano sulle neuroscienze, non imparano solo una serie di fatti biologici, ma iniziano a vedere la persona che hanno davanti come un sistema dinamico di processi neurali, affettivi e incarnati che si svolgono in tempo reale (Siegel, 2010).

Il cervello come organo relazionale

Il cervello è un organo sociale. Questa intuizione, resa popolare dalla neurobiologia interpersonale (IPNB) e dal lavoro di Daniel J. Siegel, sottolinea che il cervello è plasmato non solo dalla genetica o dalla biologia, ma anche dall'esperienza, in particolare da quella relazionale (Siegel, 2012). Le prime esperienze di attaccamento influenzano profondamente l'architettura dei sistemi di regolazione emotiva del cervello, in particolare l'amigdala, l'ippocampo, l'insula e la corteccia prefrontale (Schore, 2003; Cozolino, 2010). Il modello di Siegel ci incoraggia a vedere la mente non solo come qualcosa che il cervello "fa", ma come un processo emergente e relazionale che nasce all'interno e tra le persone.

Un principio importante nella terapia influenzata dalle neuroscienze è quello di prestare attenzione a come le relazioni terapeutiche stesse possano facilitare l'integrazione neurale. Quando un cliente si sente sicuro, visto e rasserenato nello spazio terapeutico, queste esperienze possono favorire una maggiore coerenza del sistema nervoso e una maggiore resilienza di fronte alle sfide della vita (Siegel, 2010; Porges, 2011). Tutto ciò non è solo teorico. Studi di neuroimmagine hanno dimostrato che la sintonizzazione empatica, la presenza consapevole e la risonanza affettiva possono produrre cambiamenti misurabili nell'attività cerebrale, in particolare nelle regioni associate alla regolazione delle emozioni e alla consapevolezza di sé (Lutz et al., 2008; Decety & Jackson, 2004).

Allo stesso modo, le neuroscienze ci hanno permesso di comprendere meglio il dolore provato durante eventi della vita come il lutto e il rifiuto. Una ricerca di Eisenberger, Lieberman e Williams (2003) ha dimostrato che le esperienze di rifiuto sociale attivano lo stesso circuito neurale - la corteccia cingolata anteriore - del dolore fisico. Questa convergenza evidenzia la natura profondamente incarnata della sofferenza emotiva. Da un punto di vista antropologico, ciò ha senso dal punto di vista evolutivo. L'accettazione sociale è stata storicamente fondamentale per la sopravvivenza. Come ha sostenuto Robin Dunbar (1998), l'appartenenza a un gruppo sociale o a una tribù era essenziale per la protezione e il mantenimento di sé e della prole. Il rifiuto e l'allontanamento, quindi, erano vissuti come minacce esistenziali, un'eredità evolutiva che persiste ancora oggi.

Il flusso di informazioni: Cervello, corpo e oltre

I vecchi modelli di psicologia spesso implicavano un flusso unidirezionale dal cervello al corpo. Ma le neuroscienze contemporanee rivelano una realtà più complessa: il cervello e il corpo sono in costante comunicazione bidirezionale (Damasio, 1994; Porges, 2011). Il sistema nervoso autonomo (ANS), con i suoi rami simpatico e parasimpatico, regola i processi corporei fondamentali, ma è anche profondamente legato ai nostri stati emotivi e al nostro impegno sociale.

La teoria polivagale di Stephen Porges aggiunge ulteriori sfumature a questa comprensione. Essa sottolinea il ruolo del nervo vago, in particolare del complesso vagale ventrale, che facilita il ripristino parasimpatico, il comportamento prosociale e la co-regolazione emotiva. Questo sistema è fondamentale per quello che Porges chiama "sistema di impegno sociale", che promuove stati di sicurezza, connessione

e apertura relazionale (Porges, 2011). Al contrario, il sistema vagale dorsale è associato al collasso e alla chiusura, mentre l'attivazione simpatica si allinea alla mobilitazione attraverso risposte di lotta o fuga.

Porges ha introdotto il termine *neurocezione* per descrivere l'individuazione inconscia della sicurezza o del pericolo nel proprio ambiente. Questo processo regola lo stato fisiologico e la risposta comportamentale che può influenzare il modo in cui i clienti si impegnano nella terapia, spesso prima che si manifesti la consapevolezza cosciente.

Per il terapeuta, questo implica un potente imperativo etico: creare un ambiente neurocettivo di sicurezza. Ciò potrebbe comportare sottili cambiamenti nel tono di voce, nel passo, nella postura o nell'espressione facciale, tutti segnali non verbali che possono regolare il sistema nervoso del cliente attraverso la coregolazione (Dana, 2018). Lungi dall'essere accessori, questi elementi incarnati della terapia sono centrali per la ricettività del cliente e l'efficacia di qualsiasi trattamento (Schore, 2012).

La neuroscienza del cambiamento

Da una prospettiva terapeutica, il cambiamento non è semplicemente un cambiamento nella cognizione o nel comportamento, ma è un cambiamento nei percorsi neurali. La neuroplasticità, ovvero la capacità del cervello di riorganizzarsi in risposta all'esperienza, è alla base della trasformazione a lungo termine (Doidge, 2007; Siegel, 2012). Le esperienze di insight, i nuovi modelli relazionali, la regolazione degli affetti o l'integrazione della memoria traumatica possono essere considerati forme di rimodellamento neurale. Ciò avviene, in parte, attraverso il riconsolidamento della memoria, un processo in cui i ricordi riattivati diventano temporaneamente labili e soggetti ad alterazione in presenza di nuove informazioni emotivamente salienti (Ecker, Ticic, & Hulley, 2012; Nader & Einarsson, 2010). Nei momenti di intuizione o di rivelazione, le associazioni neurali precedentemente rigide possono rapidamente ricablarsi in configurazioni più adattive.

Pratiche come la mindfulness, l'immaginazione guidata, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) e la terapia somatica coinvolgono sia le vie top-down (corticali) che quelle bottom-up (sensoriali-affettive) per sostenere questi cambiamenti. La meditazione Mindfulness è stata associata a una maggiore attivazione della corteccia prefrontale e a una minore responsività dell'amigdala, correlata a un miglioramento della regolazione emotiva e del controllo dell'attenzione (Hölzel et al., 2011; Tang, Hölzel, & Posner, 2015). L'EMDR, sviluppato da Francine Shapiro (2001), impiega una stimolazione bilaterale per facilitare l'integrazione tra gli emisferi e tra le reti di memoria. Questa stimolazione a doppia attenzione sembra sostenere la risoluzione adattiva della memoria traumatica attraverso meccanismi che coinvolgono la memoria di lavoro e la modulazione degli affetti (Lee & Cuijpers, 2013).

È importante, tuttavia, guardarsi dal *neuro-riduzionismo* - l'eccessiva semplificazione della ricca esperienza umana in spiegazioni meccanicistiche dell'attività cerebrale. Come ammoniscono Gantt e Minton (2017), le neuroscienze dovrebbero informare

ma non eclissare le dimensioni relazionali, culturali e soggettive della psicoterapia. La terapia influenzata dalle neuroscienze deve mantenere un orientamento umanistico. Il cervello non esiste nel vuoto, ma si sviluppa in un mondo vissuto, relazionale e culturale (Schore, 2012). Pertanto, il terapeuta deve possedere contemporaneamente la scienza del cervello e l'arte della presenza, integrando l'intuizione con la compassione.

Curiosità, non certezza

Essere informati sulle neuroscienze non richiede di diventare un neuroscienziato. Piuttosto, invita il terapeuta a diventare curioso di ciò che sta accadendo all'interno del sistema incarnato del cliente. Ciò potrebbe comportare chiedersi, ad esempio, quali stati del sistema nervoso siano alla base del ritiro di un cliente, o come le prime esperienze relazionali possano aver modellato le sue risposte fisiologiche (Porges, 2011; Siegel, 2010). Non si tratta di ridurre la sofferenza umana a meccanismi neurali, ma di approfondire la sintonia terapeutica attraverso una consapevolezza neurobiologica fondata.

In questo spirito, i terapeuti informati sulle neuroscienze coltivano una comprensione intuitiva delle dinamiche del sistema nervoso, imparando a riconoscere i segnali di disregolazione, iperarousal, collasso o freeze. Questa consapevolezza incarnata permette loro di adattare la loro presenza e il loro ritmo allo stato del cliente, impegnando gli interventi con sensibilità e autorizzazione. Queste pratiche sono trasversali a tutti i Sei Pilastri, ma nell'ambito delle neuroscienze offrono anche una risorsa preziosa per la psicoeducazione. I clienti possono iniziare a comprendere le loro esperienze non come segni di fallimento personale o patologia, ma come risposte adattive codificate nella biologia. Queste risposte possono cambiare attraverso la sicurezza, la relazione e le nuove esperienze (Dana, 2018).

Pilastro 2: Terapia influenzata dalla biologia



Sebbene le neuroscienze siano attualmente oggetto di grande attenzione nella psicoterapia contemporanea, il cervello non agisce da solo. Fa parte di un sistema biologico integrato in cui il funzionamento dell'intestino, la risposta immunitaria, la segnalazione endocrina e l'espressione genetica giocano tutti un ruolo critico nella formazione della salute mentale. Un approccio alla terapia basato sulla biologia espande il nostro obiettivo oltre il cervello per includere l'intelligenza cellulare, chimica e sistemica del corpo. Mette a fuoco la profonda influenza della fisiologia interna sul benessere psicologico e *viceversa* (McEwen, 2007; Mayer, 2011).

La connessione intestino-cervello

L'asse intestino-cervello è oggi riconosciuto come una via di comunicazione centrale tra il sistema nervoso enterico (ENS) e il sistema nervoso centrale (CNS). Questo percorso bidirezionale, mediato in gran parte dal nervo vago, ma che coinvolge anche segnali ormonali, immunitari e microbici, contribuisce a regolare l'umore, la cognizione e la risposta allo stress (Carabotti et al., 2015; Cryan & O'Mahoney, 2011). Oltre il 90% della serotonina corporea viene prodotta nel tratto gastrointestinale, non per essere utilizzata direttamente dal cervello (a causa della barriera emato-encefalica), ma per funzioni locali come la motilità intestinale e la modulazione immunitaria (Yano et al., 2015). Nel frattempo, la serotonina di derivazione cerebrale viene sintetizzata nei nuclei del Raphe ed è fondamentale per la regolazione delle emozioni.

Le alterazioni del microbiota intestinale, dovute a stress cronico, dieta scorretta, uso eccessivo di antibiotici o traumi precoci, sono state associate a un aumento del rischio di ansia, depressione e disfunzioni cognitive (Dinan & Cryan, 2017). Sebbene non sia necessario che i terapeuti diventino specialisti gastrointestinali, la comprensione di questa interazione apre nuovi modi di concettualizzare i sintomi. Un cliente che presenta instabilità dell'umore, irritabilità o affaticamento può in parte sperimentare gli effetti a valle dell'infiammazione intestinale o della disbiosi. Al contrario, gli interventi di psicoterapia che riducono lo stress cronico possono sostenere la salute dell'apparato digerente calmando il sistema nervoso autonomo e riducendo le citochine pro-infiammatorie (Bhatia & Tandon, 2005).

Questa relazione mente-intestino invita alla collaborazione olistica. Consente ai terapeuti di impegnarsi in un dialogo interdisciplinare con nutrizionisti, medici o professionisti della medicina funzionale e di sostenere i clienti nell'apportare cambiamenti allo stile di vita, come il miglioramento della dieta, la riduzione degli alimenti trasformati e il ripristino dell'equilibrio microbico. È sempre più evidente che questi interventi migliorano i risultati terapeutici (Clarke et al., 2013).

Geni, epigenetica e paesaggio psicobiologico

L'influenza dei geni sulla salute mentale è spesso fraintesa. Sebbene esistano specifiche predisposizioni genetiche per i disturbi dell'umore, l'ADHD o i tratti dello spettro autistico, i geni non sono un destino. Piuttosto, sono inseriti in un sistema dinamico che interagisce con l'esperienza vissuta attraverso meccanismi epigenetici (Meaney, 2010; Champagne, 2010). L'epigenetica si riferisce a processi biochimici, come la metilazione del DNA o la modificazione degli istoni, che regolano l'espressione genica senza alterare la sequenza del DNA stesso.

Le modifiche permanenti al gene possono avvenire durante la preparazione delle cellule gametiche per la riproduzione e durante il processo di fecondazione. Si tratta di mutazioni che possono avere influenze molto particolari sulla salute fisica e mentale. Ad esempio, una mutazione genica può influire sulla disponibilità di gruppi metilici, fondamentali per molte cose, soprattutto per la metilazione del DNA e per il processo epigenetico di attivazione o disattivazione dei geni. La mutazione del gene MTHFR, che influisce sul metabolismo dei folati e sull'efficienza della metilazione, ha

suscitato interesse clinico per il suo impatto sulla sintesi dei neurotrasmettitori, sul metabolismo ormonale e sulla regolazione delle infiammazioni (Kronenberg, 2007; Zarembska, Ślusarczyk, & Wrzosek, 2023). Le disfunzioni di queste vie possono manifestarsi con ansia, depressione, stanchezza e disregolazione immunitaria, oltre che con sintomi fisici come allergie o infiammazioni vascolari.

Dal punto di vista terapeutico, ciò rafforza il valore di una lente biopsicosociale. L'annebbiamento cognitivo o la responsività emotiva di un cliente possono non derivare solo da ferite psicologiche, ma anche da vulnerabilità biologiche come carenze di vitamine B, alti livelli di omocisteina o squilibri del cortisolo. La comprensione di queste connessioni aiuta a de-patologizzare le esperienze dei clienti, offrendo la convalida che "non è tutto nella tua testa".

È importante notare che è ormai riconosciuto che il trauma stesso ha conseguenze epigenetiche. Studi su sopravvissuti all'Olocausto e su altre persone esposte a traumi intergenerazionali hanno mostrato un'alterazione dell'espressione genica nei loro discendenti, in particolare nei geni che regolano lo stress (Yehuda & Bierer, 2009; Gapp et al., 2014). Ciò suggerisce che non ereditiamo solo il codice genetico, ma anche le risposte biologiche modellate dalle esperienze vissute dai nostri antenati, un concetto noto come *epigenetica transgenerazionale*.

I terapeuti informati sulla biologia si sintonizzano su queste sfumature. Possono esplorare la storia di salute della famiglia di un cliente non solo dal punto di vista psicologico, ma anche fisiologico. Possono offrire una psicoeducazione su come le esperienze "entrano nella pelle" e su come la cura di sé, il movimento, l'alimentazione e la modulazione dello stress non siano periferici, ma essenziali per il percorso terapeutico (Rossi, 2002). Questa comprensione allargata supporta una visione più compassionevole e completa della persona.

Il ruolo dell'infiammazione e del sistema immunitario

L'infiammazione cronica è diventata un tema centrale nella comprensione delle basi biologiche della depressione, dell'ansia e del declino cognitivo. La ricerca in psiconeuroimmunologia ha dimostrato che le citochine infiammatorie, come l'interleuchina-6 (IL-6), il fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- α) e la proteina C-responsiva (CRP), possono influenzare la funzione cerebrale e il comportamento, compromettendo l'umore, la motivazione e la chiarezza cognitiva (Dantzer, O'Connor, Freund, Johnson, & Kelley, 2008; Miller, Maletic, & Raison, 2009). Un tempo considerato esclusivamente come un meccanismo di difesa contro gli agenti patogeni, si ritiene che il sistema immunitario svolga oggi un ruolo centrale nella regolazione degli stati emotivi e della salute mentale (Khandaker, Dantzer, & Jones, 2017).

Dal punto di vista terapeutico, ciò solleva profonde implicazioni. Suggestisce che la sofferenza psicologica può essere tanto un segnale di disagio fisiologico quanto un indicatore di un conflitto psicologico irrisolto. Per esempio, un cliente che presenta fibromialgia, sindrome da fatica cronica o condizioni autoimmuni può trarre beneficio non solo dalla gestione del dolore o dai farmaci, ma anche da una psicoterapia incentrata sulla risoluzione dei traumi e sulla regolazione dello stress, approcci che

possono aiutare a modulare l'infiammazione sistemica (Van Houdenhove & Luyten, 2006; Tracey, 2009).

Le pratiche mente-corpo come la meditazione mindfulness, la respirazione controllata e lo yoga sono da tempo apprezzate per i loro benefici psicologici. È sempre più evidente che questi interventi sono in grado di modulare le risposte immunitarie, ridurre i marcatori infiammatori e influenzare l'espressione genica legata allo stress e alla riparazione (Black & Slavich, 2016; Bower & Irwin, 2016). Queste modalità, tradizionalmente allineate con le tradizioni contemplative o olistiche, trovano ora una rinnovata rilevanza come componenti basate su prove di efficacia di cure influenzate dalla biologia.

La salute dell'intera persona: Alimentazione, movimento e ambiente

I terapeuti che lavorano da una prospettiva orientata biologicamente riconoscono sempre più il ruolo vitale della medicina dello stile di vita nella salute mentale. L'American College of Lifestyle Medicine (ACLM) identifica sei pilastri della salute: l'alimentazione, l'attività fisica, il sonno ristoratore, la gestione dello stress, la rinuncia alle sostanze e le relazioni sociali positive (American College of Lifestyle Medicine, n.d.). Ognuno di essi ha un impatto misurabile sul funzionamento emotivo e sulla resilienza cognitiva.

Ad esempio, una dieta a base di alimenti integrali e a prevalenza vegetale favorisce la diversità microbica, riduce lo stress ossidativo e abbassa l'infiammazione sistemica, fattori strettamente legati alla regolazione dell'umore e alla chiarezza mentale (Jacka et al., 2011; O'Neil et al., 2014). L'attività fisica stimola la produzione di endorfine, aumenta la neuroplasticità e migliora la regolazione del glucosio (Ratey, 2008). Un sonno di qualità è fondamentale per il consolidamento della memoria, il riequilibrio emotivo e la ciclicità ormonale circadiana (Walker, 2017). Questi ambiti dello stile di vita forniscono il substrato biologico su cui può avvenire il cambiamento terapeutico.

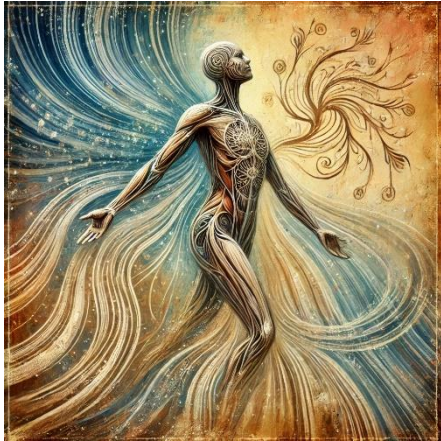
Sebbene gli psicoterapeuti non siano in grado di prescrivere o diagnosticare in senso medico, possono creare uno spazio per i clienti per esplorare le dimensioni fisiologiche della loro sofferenza. Possono convalidare i sintomi fisici come legittimi e degni di attenzione. Possono anche sostenere i clienti nel coltivare la consapevolezza incarnata e nel coinvolgere altri professionisti, quando appropriato - nutrizionisti, specialisti del sonno, medici generici o fornitori di salute integrativa - rafforzando così l'alleanza terapeutica attraverso la collaborazione.

Il ruolo del terapeuta: Educatore, collaboratore, testimone

Essere biologicamente influenzati non significa diventare un clinico in senso biomedico, ma prendere sul serio le realtà fisiche dell'essere umano. Significa ascoltare non solo ciò che il cliente dice, ma anche ciò che il corpo esprime. È l'abilità di sintonizzarsi con la fatica, la disconnessione, l'infiammazione o la malattia, non come segni di resistenza, ma come segnali incarnati di un sistema complesso che richiede cura, regolazione o riparazione (Ogden et al., 2006).

Significa anche abbracciare uno spirito collaborativo che permette di lavorare insieme ad altri professionisti della salute, di sostenere l'agency del cliente e di invitarlo a una più profonda consapevolezza del proprio paesaggio psicobiologico. Come terapeuti, siamo testimoni non solo delle storie che i nostri clienti raccontano, ma anche dei corpi che portano quelle storie. Una prospettiva biologicamente orientata ci aiuta a onorare entrambi.

Pilastro 3: Terapia incarnata e somatica



Il campo della psicoterapia ha a lungo privilegiato l'aspetto cognitivo e verbale. Spesso descritta come "talk therapy", cerca di entrare in contatto con la mente riflessiva e l'io introspettivo. Pur rimanendo essenziali, queste facoltà rappresentano solo una parte dell'equazione terapeutica. Il terapeuta del XXI secolo è ora chiamato a impegnarsi con il corpo come sito di conoscenza e fonte di guarigione. Questa è l'essenza della terapia somatica e incarnata: non limitarsi a parlare dell'esperienza, ma percepire, muoversi ed essere con essa attraverso il corpo (van der Kolk, 2014; Ogden & Fisher, 2015).

Il corpo ricorda

La terapia somatica parte dalla premessa fondamentale che i traumi e le esperienze emotive sono trattenuti nel corpo, spesso al di sotto della consapevolezza cosciente. Questa idea è oggi ben supportata dalle neuroscienze, dalla teoria dell'attaccamento e dall'osservazione clinica. Come ha affermato van der Kolk (2014), il trauma non è solo una storia di eventi passati, ma un'impronta fisiologica, una disregolazione del sistema nervoso e un'interruzione della capacità del corpo di autoregolarsi nel presente.

I clienti possono presentare tensioni muscolari, dolori cronici, problemi digestivi o stati dissociativi. Questi sintomi non sono psicosomatici in senso negativo: sono il modo in cui il corpo gestisce un'esperienza opprimente. Rappresentano il tentativo del sé somatico di segnalare bisogni non soddisfatti o minacce non risolte (Levine, 2010; Ogden et al., 2006).

L'ascesa degli approcci somatici

In risposta a questa comprensione, è emersa una serie di terapie incentrate sul corpo, ognuna delle quali offre un percorso di guarigione incarnata:

- **La Tecnica Alexander** (Frederick Matthias Alexander, 1890) e il **Metodo Feldenkrais** (Moshé Feldenkrais, 1940) enfatizzano la consapevolezza posturale, la facilità di movimento e la connessione tra allineamento fisico e stati psicologici (Gelb, 1994).

- **L'Analisi Bioenergetica** (Alexander Lowen e John Pierrakos, 1950) integra il movimento espressivo e la respirazione con l'esplorazione emotiva, utilizzando il corpo per accedere ai sentimenti repressi (Lowen, 1976).
- **La terapia Hakomi** (Ron Kurtz, 1970) combina mindfulness e consapevolezza corporea per accedere al materiale inconscio attraverso spunti somatici del momento (Kurtz, 2007).
- **L'Esperienza Somatica** (Peter Levine, anni '70) lavora con le risposte istintive del corpo alle minacce - congelamento, lotta, fuga - per completare le azioni difensive che rimangono bloccate nel sistema nervoso (Levine, 2010).
- **La psicoterapia sensomotoria** (Pat Ogden, 1980) integra l'elaborazione del trauma con il movimento e il tracciamento sensoriale per ripristinare la regolazione e l'embodiment (Ogden & Fisher, 2015).

Questi approcci non si limitano a offrire tecniche alternative. Riflettono un cambiamento di paradigma in cui il corpo non è più visto come periferico nel processo terapeutico, ma come un partecipante centrale nel dialogo della guarigione.

L'incarnazione nella pratica

Essere incarnati non significa semplicemente notare il corpo, ma abitarlo pienamente. Il respiro, la postura, i gesti e gli schemi di tensione sono tutti parte del nostro modo di sentire, pensare e relazionarci. In terapia, l'embodiment implica la sintonizzazione non solo con ciò che viene detto, ma anche con il modo in cui viene detto e con ciò che viene lasciato in sospeso nel campo somatico.

Il terapeuta incarnato sviluppa la propria consapevolezza somatica come risorsa per la coregolazione. Diventa uno strumento di risonanza, che offre sicurezza non solo attraverso le parole, ma anche attraverso la sintonizzazione fisiologica. Una presenza calma e radicata può aiutare a spostare il sistema nervoso del cliente verso la regolazione, spesso senza istruzioni verbali (Geller & Porges, 2014).

Questo aspetto è particolarmente critico nel lavoro sul trauma, dove il linguaggio può essere inaccessibile o addirittura ritraumatizzante. I ricordi traumatici sono spesso codificati nel cervello non verbale, nelle sensazioni, nelle immagini e nei movimenti. La terapia somatica fornisce strumenti per accedere e integrare queste memorie implicite in modo sicuro e trasformativo (van der Kolk, 2014).

Ricerca e applicazioni cliniche

L'efficacia clinica degli approcci somatici è sempre più supportata dalla ricerca. Lo yoga sensibile al trauma, sviluppato da David Emerson e colleghi, ha dimostrato di ridurre i sintomi del PTSD e di migliorare la regolazione delle emozioni e la consapevolezza del corpo (van der Kolk et al., 2014). Il MAP Training (Mental and Physical Training), sviluppato da Tracey Shors, combina meditazione e movimento aerobico per promuovere la neurogenesi e ridurre la ruminazione nelle donne con una storia di trauma (Shors et al., 2014).

La riduzione dello stress basata sulla mindfulness (MBSR), un approccio centrato sul corpo sviluppato da Jon Kabat-Zinn, ha dimostrato effetti sulla variabilità della frequenza cardiaca, sui marcatori infiammatori e sulla regolazione emotiva (Grossman et al., 2004; Garland et al., 2015). Questi interventi ci ricordano che il corpo non è solo un luogo di sintomi, ma un potenziale luogo di trasformazione.

Inoltre, pratiche di vita come il movimento, il lavoro sul respiro, la danza e perfino la risata sono ora intese non come un'aggiunta, ma come un elemento essenziale per la salute mentale. L'impegno somatico apre le porte alla vitalità, alla creatività e all'agency, consentendo ai clienti non solo di sentirsi "meglio", ma di sentirsi più *vivi*.

L'embodiment e la relazione terapeutica

Un terapeuta incarnato porta questa consapevolezza nel campo relazionale. Si prende cura dei segnali del proprio corpo e li usa come strumenti di empatia e di sintonizzazione. Le microespressioni, i modelli di respiro, le contrazioni somatiche diventano dati significativi all'interno del processo terapeutico.

Questa incarnazione migliora la responsività. Il terapeuta che nota un respiro trattenuto o una sottile tensione in un cliente può invitare delicatamente alla consapevolezza senza intrusioni. Questi micro-momenti di attenzione somatica possono creare fiducia e aiutare i clienti a riconnettersi con la propria saggezza corporea.

In un mondo che spesso ci disincarna attraverso la tecnologia, lo stress e la disconnessione, lo spazio terapeutico può diventare un santuario per il recupero incarnato. I clienti sono aiutati a tornare al proprio corpo, ad ascoltarsi interiormente e a sentire che la loro fisicità non è separata dalla loro psiche, ma è essenziale per la loro guarigione.

La rilevanza per il terapeuta del XXI secolo

Il pilastro incarnato riflette un più ampio spostamento verso l'integrazione di mente, corpo e ambiente. Risuona con le cure informate sui traumi, i sistemi di conoscenza indigeni e le tradizioni contemplative orientali. Per il terapeuta moderno, l'embodiment non è una specializzazione. È una capacità di presenza, sintonia e profondità terapeutica.

L'embodiment sostiene anche il terapeuta. Chi coltiva la consapevolezza somatica ha maggiori probabilità di notare in sé i segni di traumi secondari, burnout o disregolazione. Imparano a ripristinare l'equilibrio attraverso il respiro, il movimento, il riposo e i confini. Queste non sono solo competenze cliniche. Sono pratiche umane essenziali.



Pilastro 4: Terapia relazionale e responsiva

Al centro della psicoterapia c'è un paradosso: anche se possiamo studiare la teoria, la tecnica e la diagnosi, spesso è la relazione stessa a guarire. Il

quarto pilastro, *Terapia relazionale e responsiva*, afferma che la relazione terapeutica non è semplicemente un contesto di guarigione, ma un meccanismo attivo di cambiamento (Flückiger et al., 2018; Norcross & Wampold, 2019). Questa concezione non solo onora la natura co-costruita della terapia, ma posiziona il terapeuta come partner responsivo in un dialogo vivo e in evoluzione.

Dalla tecnica alla relazione

La centralità dell'alleanza terapeutica è ormai fuori discussione. Le meta-analisi e gli studi sui risultati stimano che la qualità della relazione terapeutica rappresenta fino al 25% della varianza dei risultati del trattamento, rendendola uno dei predittori più solidi del cambiamento (Flückiger et al., 2018; Wampold & Imel, 2015). La Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships dell'American Psychological Association ha concluso che l'alleanza è altrettanto cruciale, se non di più, della modalità specifica impiegata (Norcross & Wampold, 2011).

Questo segna un cambiamento significativo rispetto alle epoche precedenti, in cui il terapeuta era concepito come un esperto oggettivo che applicava interventi su un destinatario passivo. Al contrario, il terapeuta responsivo coinvolge il cliente come collaboratore nella creazione di significati, prestando attenzione ai segnali verbali e non verbali, adattando la propria presenza in tempo reale e modellando la terapia attraverso un ciclo di feedback ricorsivo.

La responsività come competenza chiave

La responsività non è sinonimo di calore o cordialità. È un insieme di abilità dinamiche, da momento a momento, che coinvolge tempismo, intuizione, flessibilità e consapevolezza (Hill & Rossi, 2018). Comporta l'ascolto al di là delle parole, del tono, della metafora, della postura e del silenzio. È la capacità di notare i cambiamenti, riparare le rotture e rispondere con precisione e sintonia a ciò che sta nascendo nel campo terapeutico.

Questa qualità improvvisativa si basa sulla formazione clinica, ma anche sulla sensibilità, sulla tolleranza per l'incertezza e sulla presenza etica del terapeuta stesso. Soprattutto nel lavoro sul trauma, la responsività è indispensabile. Gli interventi devono avere un ritmo sintonico. Se ci si muove troppo velocemente, il cliente può essere sopraffatto; se si esita troppo a lungo, i progressi possono bloccarsi. In questa danza delicata, la sintonizzazione del terapeuta *diventa* l'intervento (Schoore, 2012).

Co-regolazione e neuroscienze relazionali

Da una prospettiva neurobiologica, la relazione terapeutica non fornisce solo un sostegno emotivo, ma svolge una funzione di regolazione. Soprattutto per i clienti con disturbi precoci dell'attaccamento, la presenza calma e sintonizzata del terapeuta offre un nuovo tipo di esperienza relazionale, che favorisce la sicurezza, la coerenza e la guarigione (Porges, 2011).

La teoria polivagale di Stephen Porges spiega come la connessione sociale attivi il sistema vagale ventrale, sostenendo stati fisiologici favorevoli all'apertura e all'apprendimento. Questo processo di *co-regolazione*, in cui il sistema nervoso

regolato del terapeuta sostiene quello disregolato del cliente, pone le basi per un'eventuale autoregolazione (Dana, 2018).

Il concetto di *mindsight* di Daniel Siegel rafforza questa visione, descrivendo come la presenza riflessiva del terapeuta aiuti i clienti a sviluppare la capacità di percepire e comprendere i propri stati mentali ed emotivi (Siegel, 2010). Questa capacità non emerge da un'istruzione intellettuale, ma attraverso un modello implicito di connessione sintonica ed empatica.

Il terapeuta come strumento

Lavorare in modo relazionale significa riconoscere il terapeuta come strumento di cambiamento terapeutico. Ciò richiede consapevolezza interiore, autoregolazione e riflessività etica. Il sistema nervoso del terapeuta stesso, la sua calma, curiosità e risonanza, diventa un co-terapeuta nella stanza (Geller & Greenberg, 2012).

La responsività non significa compiacere il cliente o evitare il disagio. Richiede discernimento: sapere quando offrire una sfida, quando mantenere il silenzio, quando rimanere con un dolore che non può essere immediatamente risolto. Il terapeuta responsivo mantiene la connessione, anche quando il lavoro è difficile, rimanendo presente senza ritirarsi nel protocollo o nella teoria.

Discipline creative come la recitazione, la musica e l'improvvisazione spesso alimentano questa sensibilità. I terapeuti che attingono a questi background possono portare un senso intuitivo del ritmo, del passo e del movimento emotivo, qualità non accessorie ma essenziali per la profondità relazionale.

Modalità radicate nella responsività

Diversi modelli terapeutici sottolineano la natura relazionale ed emergente della guarigione:

- **Il Mirroring Hands**, sviluppato da Ernest Rossi e perfezionato da Richard Hill, favorisce l'esplorazione guidata dal cliente all'interno di una cornice ipnotica leggermente strutturata. Il terapeuta segue le indicazioni inconsce, sostenendo un processo emergente e co-creato (Rossi & Hill, 2018).
- **L'ipnoterapia Ericksoniana** enfatizza l'adattamento momento per momento, la narrazione e la suggestione indiretta, ponendo l'esperienza del cliente al centro del cambiamento (Zeig, 1994).
- **La terapia focalizzata sulle emozioni (EFT)** fonda i suoi interventi sul dispiegamento dell'esperienza emotiva all'interno del contenitore sicuro dell'alleanza terapeutica (Greenberg, 2015).
- **Le terapie con l'arte, la musica e i giochi di sabbia** si basano su una testimonianza attenta e responsiva, che permette all'espressione non verbale di guidare il processo di guarigione.

Queste modalità dimostrano che la terapia non è solo ciò che facciamo, ma anche come siamo. La presenza non è un prerequisito per la tecnica, ma è il terreno su cui poggia tutta la tecnica.

La relazione cliente-terapeuta come campo di guarigione

La relazione terapeutica non è uno sfondo al cambiamento, ma un campo in cui avviene la guarigione. All'interno delle sottili dinamiche di sintonia, rottura, riparazione e comprensione condivisa, emergono nuove possibilità relazionali (Tronick, 2007). I clienti che sperimentano relazioni terapeutiche forti riferiscono

- Aumento del coinvolgimento e riduzione dei tassi di abbandono.
- Miglioramento della regolazione degli affetti e della resilienza psicologica.
- Maggiore soddisfazione ed efficacia percepita della terapia (Norcross & Wampold, 2019).

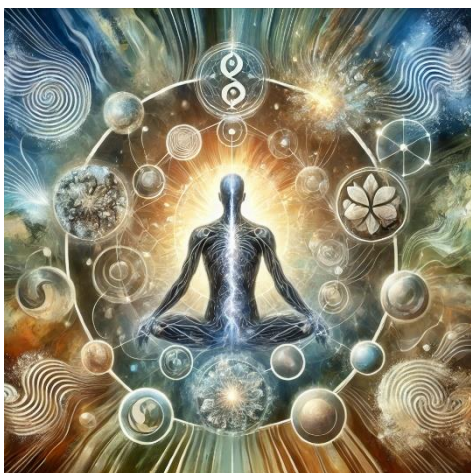
La responsività consente di adattare la terapia, momento per momento, ai bisogni, ai limiti e alle aspirazioni in evoluzione di ciascun cliente. Afferma il principio che nessun metodo sostituisce il potere curativo dell'incontro profondo.

La rilevanza per il terapeuta del XXI secolo

In un mondo sempre più plasmato da algoritmi, automazione e cure standardizzate, il terapeuta responsivo offre qualcosa di raro: la presenza umana in sintonia. Non si tratta di un rifiuto della pratica basata sull'evidenza, ma di un suo approfondimento. Le neuroscienze, la teoria dell'attaccamento e la psicologia dello sviluppo affermano il potere trasformativo della relazione empatica.

Essere relazionali e responsivi non significa semplicemente essere gentili. Significa essere coraggiosi, intuitivi, flessibili e pienamente impegnati. Significa incontrare il cliente non come un caso, ma come un co-partecipante al processo di guarigione e di trasformazione.

Pilastro 5: Terapia (ri)integrativa e orientata sui sistemi



Nella complessa realtà dell'esperienza umana, nessuna singola modalità terapeutica può rivendicare il monopolio della guarigione (Brooks-Harris, 2008; Schwartz, 2001). Nel momento in cui ci confrontiamo con la diversità delle vite individuali, dei contesti culturali, delle variazioni biologiche e dei bisogni psicologici, la psicoterapia deve andare oltre le scuole di pensiero isolate verso una sensibilità più integrativa e sistemica. Questo quinto pilastro promuove un cambiamento di mentalità dai modelli lineari e riduzionistici a uno fondato sul pensiero dei sistemi complessi, in cui la responsività è informata dall'interazione di più domini.

Oltre il pensiero lineare

I modelli psicoterapeutici tradizionali si basavano spesso sulla causalità lineare: il sintomo A deriva dalla causa B, che può essere risolta con l'intervento C. Sebbene utile in contesti strettamente definiti, questa logica vacilla di fronte alla complessità umana. I clienti arrivano in terapia modellati da storie multistrato, influenze reciproche e modelli emergenti, che spesso coinvolgono simultaneamente dimensioni psicologiche, biologiche, sociali ed esistenziali (Stroh, 2015).

La teoria dei sistemi fornisce una lente più ricca. Ci invita a considerare le condizioni iniziali, i cicli di feedback, le proprietà emergenti e l'auto-organizzazione (von Bertalanffy, 1968; Capra & Luisi, 2014). Nella pratica terapeutica, ciò significa che un piccolo cambiamento nella sicurezza relazionale può creare impatti di dimensioni maggiori nella regolazione emotiva. La guarigione può non svolgersi in modo lineare, ma emergere da una danza non lineare tra le variabili, alcune note, altre scopribili solo nel processo di sviluppo.

Questa prospettiva riorienta anche la visione della patologia. Invece di chiedere: "Cosa c'è di sbagliato in te?", il terapeuta informato sui sistemi potrebbe chiedere: "Quali sistemi ti hanno plasmato e come sono ancora in funzione?". La sofferenza è raramente localizzata solo all'interno dell'individuo. È incorporata nei sistemi familiari, comunitari, culturali e biologici.

Differenziazione e reintegrazione

Ironicamente, la ricca diversificazione della psicoterapia ha talvolta portato alla frammentazione. Le modalità sono spesso trasformate in pacchetti di marca, astratti dalle loro origini e forniti in forma standardizzata. Sebbene la differenziazione - nominare, strutturare e sistematizzare - sia vitale per l'apprendimento e la profondità, diventa limitante quando favorisce la disconnessione.

Tuttavia, questi approcci differenziati possono essere reintegrati. Come ho proposto altrove, la psicoterapia può essere immaginata come un "sistema immunitario della salute mentale", un ecosistema naturale e adattivo che funziona al meglio quando i suoi componenti si coordinano in modo dinamico e sensibile al contesto. L'integrazione in questo caso non consiste nel creare un'unica teoria unificata, ma nel ripristinare la coerenza all'interno di un sistema flessibile e vivo, in grado di rispondere a ciascun cliente.

Terapie integrative nella pratica

Alcune modalità contemporanee esemplificano questa etica integrativa e orientata ai sistemi:

- La **psicoterapia multiteorica (MTP)** di Jeff Brooks-Harris offre un metodo strutturato per attingere a più modelli teorici in modo coerente e centrato sul cliente (Brooks-Harris, 2008).
- I **sistemi familiari interni (IFS)**, sviluppati da Richard Schwartz, portano il pensiero sistemico all'interno del sé, considerando le "parti" come

subpersonalità interrelate all'interno di un sistema interno più ampio (Schwartz, 2001).

- **La Compassion-Focused Therapy (CFT)**, sviluppata da Paul Gilbert, integra prospettive cognitive, comportamentali, evolutive e contemplative per promuovere la sicurezza emotiva e l'autocompassione (Gilbert, 2010).
- **La terapia centrata sui sistemi (SCT)**, creata da Yvonne Agazarian, applica i principi dei sistemi alle dinamiche individuali e di gruppo, considerando il cambiamento personale come un adattamento a livello di sistema (Agazarian, 1997).
- **La psicoterapia positiva**, sperimentata da Nossrat Peseschkian, incorpora concetti psicodinamici e interculturali in un quadro incentrato sulle risorse che onora il significato e i punti di forza (Peseschkian, 1987).

Queste modalità non sono miscele eclettiche, ma sistemi intenzionali fondati sul riconoscimento che nessuna singola teoria comprende la totalità dell'esperienza umana. Detto questo, molti approcci integrativi riflettono ancora le preferenze e gli stili cognitivi dei loro ideatori. La selettività nell'integrazione non è necessariamente una debolezza, ma sottolinea la necessità di riflettere sul modo in cui l'integrazione viene intrapresa.

Il terapeuta come pensatore di sistemi

Essere un terapeuta integrativo non significa accumulare strumenti, ma sviluppare una coscienza orientata ai sistemi, ricorsiva, ecologica e responsiva. Il pensatore sistemico considera gli strati annidati e interagenti che danno forma alla vita di un cliente: modelli di attaccamento, strutture familiari, norme socioculturali, richieste professionali, tratti biologici e retaggi ancestrali (Bronfenbrenner, 1979).

Questa posizione richiede umiltà. Il terapeuta integrativo resiste alla certezza riduzionista, riconoscendo che la guarigione non è una formula. Ciò che funziona per un cliente può non funzionare per un altro; la stessa tecnica applicata in contesti diversi può dare risultati molto diversi. Il lavoro del terapeuta diventa meno di "applicare" e più di "rispondere" con sintonia sia con il cliente che con il momento.

Integrazione all'interno del cliente

L'integrazione non riguarda solo la tecnica, ma è anche un obiettivo intrapersonale. Il disagio psicologico spesso comporta una frammentazione: emozioni esiliate, parti in conflitto e narrazioni irrisolte. La guarigione implica la reintegrazione: il riunirsi delle esperienze rinnegate in un insieme coerente e compassionevole (Schwartz, 2001; Siegel, 2012).

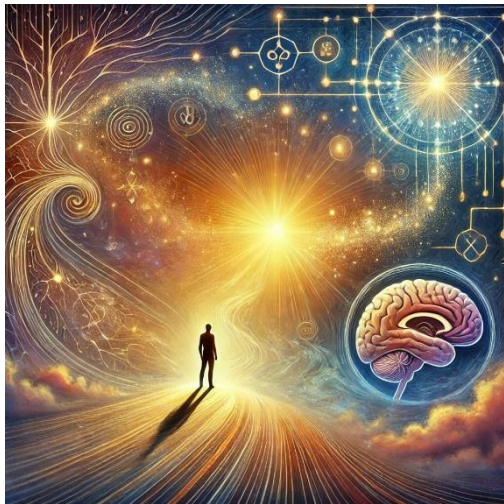
Attraverso questa lente, i sintomi non sono patologie da eliminare, ma adattamenti creativi a pressioni interne o esterne. Quando i terapeuti considerano i sintomi come messaggi piuttosto che come malfunzionamenti, aiutano i clienti a passare dall'autogiudizio all'autocuriosità. Questo favorisce la resilienza, la coerenza e, in ultima analisi, una maggiore interezza.

Rilevanza per il terapeuta del XXI secolo

Essere un terapeuta nel XXI secolo significa abbracciare la complessità senza perdersi in essa. È vedere i clienti non come enigmi da risolvere, ma come sistemi da coinvolgere con sfumature, attenzione e umiltà creativa. È passare dall'"uno o l'altro" all'"uno e l'altro", che onora la scienza e l'intuizione, il protocollo e l'improvvisazione, la tecnica e la presenza.

Il pilastro (ri)integrativo ci ricorda che la terapia non è l'imposizione di modelli alle persone. È l'incontro di un sistema vivente con un altro, ognuno dei quali porta saggezza, limiti e la possibilità di una trasformazione co-creata.

Pilastro 6: Significato, scopo e transpersonale



Sebbene la psicoterapia si sia spesso concentrata sulla risoluzione della patologia o sul ripristino del benessere funzionale, rimane una domanda più profonda che molti clienti alla fine pongono, esplicitamente o meno: *Qual è il significato della mia vita?* Questo sesto pilastro, Significato, Scopo e Transpersonale, riconosce che la guarigione non si esaurisce con la riduzione dei sintomi. La vera integrazione ci invita all'interezza, alla coerenza e al significato (Frankl, 2006; Maslow, 1968). Ci chiama a partecipare in modo creativo al nostro divenire, non solo per sopravvivere, ma per vivere in modo significativo.

Oltre il quadro clinico

I modelli clinici tradizionali hanno talvolta evitato le questioni esistenziali o spirituali a favore di risultati più "scientifici" e misurabili. Tuttavia, il significato e lo scopo non sono lussi metafisici, ma dimensioni fondamentali della salute psicologica (Wong, 2012). Viktor Frankl, psichiatra e sopravvissuto all'Olocausto, ha osservato che gli esseri umani possono sopportare sofferenze immense se ad esse viene dato un significato, se sono collegati a un "perché" per cui vale la pena vivere (Frankl, 2006). Al contrario, la perdita di significato è spesso alla base della disperazione, della depressione e del collasso esistenziale.

La ricerca contemporanea conferma questa intuizione. Un senso di scopo sostenuto è associato a una maggiore resilienza psicologica, a una minore mortalità, a una riduzione del rischio di depressione e a un migliore funzionamento cognitivo negli anziani (Hill & Turiano, 2014; Ryff, 2013). Le terapie che aiutano i clienti a esplorare i valori, a riformulare le avversità e a connettersi con qualcosa di più grande di loro mostrano risultati migliori, in particolare per coloro che affrontano lutti, traumi o transizioni di vita (Vos et al., 2015).

La creazione di significato come processo di sviluppo

Il significato non è statico. Si evolve nel corso della vita ed è plasmato dalla cultura, dal contesto e dallo sviluppo personale. I clienti possono non chiedere apertamente "Qual è il senso della vita?", ma spesso chiedono: *Cosa faccio con questo dolore? o Chi sono ora, dopo questa perdita?*

Il ruolo del terapeuta non è quello di rispondere a queste domande, ma di accompagnare il cliente in un processo dinamico di creazione di significato attraverso la riflessione, la metafora, la narrazione della vita e il dialogo esistenziale (Neimeyer, 2009). Approcci come la logoterapia (Frankl, 1986), la terapia esistenziale (Yalom, 1980) e la terapia narrativa (White & Epston, 1990) offrono quadri per affrontare esplicitamente questi temi. Tuttavia, anche le modalità non etichettate come "esistenziali" toccano inevitabilmente questo territorio, soprattutto quando i clienti raggiungono stadi di integrazione o affrontano transizioni che cambiano la vita.

La dimensione transpersonale

Il termine *transpersonale* si riferisce a esperienze che si estendono al di là dell'ego, descritte come stati di stupore, unità, consapevolezza spirituale o profonda connessione con la natura o il cosmo. Questi stati, spesso ineffabili, non sono intrinsecamente patologici. Per molti sono tra le esperienze più significative della vita (Grof, 1985; Vaughan, 1995). Tuttavia, quando i terapeuti non hanno il linguaggio o il comfort per esplorarli, i clienti possono sentirsi respinti o confusi.

I terapeuti in sintonia con il transpersonale possono dare spazio alle esperienze mistiche, di picco o di trasformazione spirituale dei clienti senza ridurle a sintomi o metafore. La psicologia transpersonale, sperimentata da Abraham Maslow, Stanislav Grof e Frances Vaughan, offre percorsi per esplorare questi stati alterati attraverso pratiche come il lavoro di respirazione ologica, l'immaginazione attiva e l'analisi archetipica (Maslow, 1968; Grof, 1985).

Il terapeuta del XXI secolo non deve necessariamente avere una particolare visione spirituale del mondo, ma deve essere preparato a incontrare i clienti ai margini del significato, dove l'identità si confonde e inizia la trasformazione.

Gioco, curiosità e indagine creativa

La ricerca del significato non è solo solenne. Può anche essere giocosa, simbolica e immaginaria. James Hillman (1996), pioniere della psicologia archetipica, ci ha ricordato che l'anima si esprime in immagini, storie e simboli. I clienti possono trovare il significato non attraverso l'analisi, ma attraverso l'arte, il movimento, la metafora o il silenzio.

Le terapie artistiche creative, basate sull'arte visiva, sul teatro, sulla musica o sul gioco della sabbia, sostengono questa dimensione della terapia, invitando i clienti ad accedere a strati più profondi di esperienza che sfidano il linguaggio letterale (McNiff, 2004). Ciò riflette anche la verità evolutiva secondo cui la meraviglia, la curiosità e il gioco simbolico sono fondamentali per l'apprendimento umano e la creazione di significato.

Recuperare lo scopo in un mondo fratturato

Viviamo in un'epoca di sconvolgimenti collettivi: ansia da clima, frammentazione sociale, polarizzazione culturale e spostamento spirituale. Molti clienti portano con sé non solo il dolore personale ma anche il disorientamento esistenziale. In questo mondo, la ricerca di un significato non è astratta, è urgente.

I terapeuti possono aiutare i clienti a recuperare la coerenza in mezzo al caos, non prescrivendo un significato, ma aiutandoli ad ascoltare ciò che li "chiama" ora. Una domanda ben posta può essere più importante di qualsiasi risposta: *Che cosa è importante per te? Cosa puoi creare da questo?*

Lo scopo non è una destinazione fissa, ma una forza orientativa che dà contesto alla sofferenza e slancio alla vita. In questa luce, il terapeuta diventa un compagno in un processo di riconnessione a sé, agli altri, al mistero e a ciò che è sacro o significativo nell'esperienza unica di ogni persona.

La rilevanza per il terapeuta del XXI secolo

Abbracciare questo sesto pilastro significa ricordare che la psicoterapia non è solo clinica, ma è esistenziale, con un'anima e viva. Richiede ai terapeuti di rimanere connessi alle proprie fonti di significato e di riconoscere che l'incontro terapeutico a volte va al di là delle strategie e si spinge nel territorio dell'essere.

Non tutti i terapeuti lavorano esplicitamente con materiale spirituale o transpersonale. Ma ogni terapeuta, se è veramente presente, incontrerà momenti in cui un cliente cerca la verità, la trascendenza o la trasformazione. In quei momenti, la presenza diventa più potente della tecnica.

Tra tutti i sei pilastri, questo è forse il più personale e variabile. Tuttavia, potrebbe anche essere il più profondamente umano. Ci ricorda che la guarigione non consiste semplicemente nel risolvere i problemi, ma nel trovare un modo di vivere che sia vero.

Conclusioni: Verso un futuro più responsivo della psicoterapia

Mentre ci troviamo alle soglie di una nuova era della psicoterapia, i sei pilastri delineati in questo articolo ci invitano ad abbracciare una visione più profonda, più ampia e più connessa di ciò che significa essere un professionista della guarigione nel XXI secolo. Questi pilastri - Neuroscience-Informed, Biology-Informed, Embodied and Somatic, Relational and Responsive, (Re)Integrative, Meaning-Purpose-Transpersonal - non sono categorie rigide, ma orientamenti in movimento che promuovono una pratica adattiva, centrata sul cliente e sistemicamente consapevole. Non sono elementi isolati, ma sfaccettature di un insieme unico e complesso che può essere differenziato ma non diviso.

Ilya Prigogine (1989), premio Nobel per la termodinamica e la scienza della complessità, ha sottolineato che la differenziazione all'interno di un sistema è un prerequisito per l'emergere dell'informazione e della coerenza. Ha osservato che ciò "libera, o sblocca, le possibilità insite nelle singole parti" (p. 74). Hill e Rossi (2018) hanno esteso questa intuizione alla psicoterapia, suggerendo che le modalità e i

metodi individuali raggiungono il loro pieno potenziale solo quando si permette loro di reintegrarsi all'interno di un sistema di guarigione globale.

Il compito che ci attende non è quello di inventare qualcosa di completamente nuovo. Molto è già noto, ma rimane diviso, isolato o isolato dalla specializzazione. Questa frammentazione può servire alla chiarezza analitica, ma ostacola la rilevanza terapeutica. La sfida più grande, e l'opportunità, è quella di riunire i brillanti filoni della teoria, della ricerca e dell'esperienza umana vissuta che sono emersi nell'ultimo secolo e di ritesserli in un arazzo di rilevanza contemporanea.

La responsività come filo conduttore

Al centro di questo intreccio c'è la responsività. Non solo la responsività del terapeuta alla teoria o al protocollo, ma una più ampia responsività sistemica alla natura emergente, co-costruita e dinamica dell'interazione terapeutica. Nella mia ricerca di dottorato, ho esplorato la *responsività del cliente* come un perfezionamento della responsività del terapeuta che enfatizza la natura co-creativa della terapia. Riconosce che il cliente non è semplicemente il soggetto dell'intervento, ma un esperto del proprio sistema, che offre indicazioni verbali e non verbali che guidano la direzione, il tono, i tempi e i contenuti.

Questa prospettiva ci allontana dai modelli prescrittivi e ci porta verso quella che potrebbe essere definita *improvvisazione sintonica*, in cui il terapeuta è informato dalla conoscenza ma guidato dalla presenza. La terapia diventa meno una questione di applicazione della tecnica e più una danza artistica di sensibilità, spontaneità e sintonia con ciò che sta nascendo tra terapeuta e cliente (Stern, 2004).

I sei pilastri come quadro di riferimento per la trasformazione

I Sei Pilastri non dettano metodi, ma ci orientano verso i valori: apertura, umiltà, curiosità, complessità e integrazione. Ci chiedono di non limitarci a fornire trattamenti, ma di partecipare a un campo di guarigione vivente.

Proposte per lo sviluppo futuro

Per concretizzare la promessa di questi pilastri, sono necessari diversi sviluppi, soprattutto a livello educativo, clinico e concettuale.

1. Formazione del terapeuta responsivo

La formazione deve evolversi per includere la pratica incarnata, la fluidità dell'improvvisazione e la sensibilità ai sistemi. Ciò include la coltivazione della presenza, della consapevolezza e della profondità relazionale attraverso metodi tratti dalle discipline contemplative, somatiche e artistiche (Geller & Greenberg, 2012; Meekums, 2002). Un curriculum dell'essere, non solo del fare.

2. Collaborazione interdisciplinare

Il futuro terapeuta trarrà beneficio dalla collaborazione con professionisti della medicina, della nutrizione, delle neuroscienze e dell'ecologia. Un terapeuta

consapevole dei sistemi è in grado di discernere quando fare riferimento, quando collaborare e come mantenere la complessità. I team interdisciplinari dovrebbero diventare la norma, riflettendo la molteplicità della condizione umana (Capra & Luisi, 2014).

3. La pratica come emersione

Dobbiamo riconsiderare le definizioni rigide di pratica basata sull'evidenza. L'efficacia può emergere *all'interno dell'unico* processo co-creativo della terapia, non solo da metodi imposti dall'esterno. Metodologie di ricerca come la teoria fondata (Charmaz, 2014) e gli studi sui processi e sui risultati (Elliott et al., 2013) offrono quadri per onorare questa efficacia emergente.

4. Sviluppo di quadri concettuali

I Sei Pilastri costituiscono una di queste strutture, ma ne servono altre. Nel mio lavoro di dottorato, ho proposto uno spettro di risposta al cliente che include componenti dinamiche, relazionali, integrative e contestuali, oltre a sensibilità emergenti come la risposta estetica, incarnata e culturale. Questi quadri possono guidare lo sviluppo del terapeuta, la supervisione e la pratica riflessiva.

5. Recuperare lo scopo della psicoterapia

Dobbiamo rivendicare la psicoterapia non solo come metodo per la riduzione dei sintomi, ma come spazio di trasformazione. Il ritorno allo scopo, al significato e alla dignità non è sentimentale, è vitale. Il compito del terapeuta comprende la promozione non solo della regolazione, ma anche dell'*immaginazione*; non solo dell'adattamento, ma del *divenire* (Maslow, 1968; Wong, 2012).

Riflessione finale

In questo tempo di accelerazione della complessità - personale, culturale ed ecologica - il terapeuta è chiamato a diventare più di un tecnico. Siamo chiamati a essere ascoltatori di sistemi, traduttori di significato e testimoni dell'emergere. I Sei Pilastri non sono verità definitive, ma inviti a partecipare creativamente alla co-costruzione della guarigione, momento per momento.

Se accettiamo questo invito, entriamo in una professione non di ruoli fissi, ma di presenza viva, dove la guarigione non è qualcosa *che si fa al* cliente, ma qualcosa che si crea insieme. In questo spazio, ciò che conta di più non è *ciò che è sbagliato*, ma *ciò che è vero* e *ciò che è possibile ora*.

Riferimenti:

Agazarian, Y. M. (1997). *Terapia centrata sui sistemi per i gruppi*. Guilford Press.

Collegio americano di medicina dello stile di vita. (n.d.). *I sei pilastri della medicina dello stile di vita*. <https://www.lifestylemedicine.org>

- Bhatia, V. e Tandon, R. K. (2005). Stress e tratto gastrointestinale. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 20(3), 332-339. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2004.03508.x>
- Black, D. S., & Slavich, G. M. (2016). Meditazione mindfulness e sistema immunitario: Una revisione sistematica di studi controllati randomizzati. *Annali dell'Accademia delle Scienze di New York*, 1373(1), 13-24. <https://doi.org/10.1111/nyas.12998>
- Bower, J. E., & Irwin, M. R. (2016). Terapie mente-corpo e controllo della biologia infiammatoria: Una revisione descrittiva. *Brain, Behavior, and Immunity*, 51, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.06.012>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *L'ecologia dello sviluppo umano: Esperimenti di natura e di progetto*. Harvard University Press.
- Brooks-Harris, J. E. (2008). *Psicoterapia integrativa multiteorica*. Houghton Mifflin.
- Cain, D. J. (2002). *Psicoterapie umanistiche: Manuale di ricerca e pratica*. American Psychological Association.
- Capra, F. e Luisi, P. L. (2014). *La visione sistemica della vita: Una visione unificante*. Cambridge University Press.
- Carabotti, M., Scirocco, A., Maselli, M. A., & Severi, C. (2015). L'asse intestino-cervello: Interazioni tra microbiota enterico, sistema nervoso centrale ed enterico. *Annali di Gastroenterologia*, 28(2), 203-209.
- Champagne, F. A. (2010). Influenza epigenetica delle esperienze sociali nell'arco della vita. *Developmental Psychobiology*, 52(4), 299-311. <https://doi.org/10.1002/dev.20436>
- Charmaz, K. (2014). *Costruire la teoria fondata* (2a ed.). SAGE.
- Clarke, G., Grenham, S., Scully, P., Fitzgerald, P., Moloney, R. D., Shanahan, F., ... & Cryan, J. F. (2013). L'asse microbioma-intestino-cervello nei primi anni di vita regola il sistema serotonergico dell'ippocampo in modo dipendente dal sesso. *Molecular Psychiatry*, 18(6), 666-673. <https://doi.org/10.1038/mp.2012.77>
- Cozolino, L. (2010). *Le neuroscienze delle relazioni umane: L'attaccamento e lo sviluppo del cervello sociale* (2a ed.). W.W. Norton.
- Cozolino, L. (2017). *Le neuroscienze della psicoterapia: Guarire il cervello sociale* (3a ed.). W.W. Norton.
- Cryan, J. F. e O'Mahony, S. M. (2011). L'asse microbioma-intestino-cervello: dall'intestino al comportamento. *Neurogastroenterologia e motilità*, 23(3), 187-192. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2010.01664.x>
- Damasio, A. R. (1994). *L'errore di Cartesio: Emozioni, ragione e cervello umano*. Putnam.

- Dana, D. (2018). *La teoria polivagale in terapia: Coinvolgere il ritmo della regolazione*. W.W. Norton.
- Dantzer, R., O'Connor, J. C., Freund, G. G., Johnson, R. W., & Kelley, K. W. (2008). Dall'infiammazione alla malattia e alla depressione: Quando il sistema immunitario soggioga il cervello. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(1), 46-56. <https://doi.org/10.1038/nrn2297>
- Decety, J. e Jackson, P. L. (2004). L'architettura funzionale dell'empatia umana. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2017). Istinto intestinale: il microbiota come regolatore chiave dello sviluppo cerebrale, dell'invecchiamento e della neurodegenerazione. *The Journal of Physiology*, 595(2), 489-503. <https://doi.org/10.1113/JP273106>
- Doidge, N. (2007). *Il cervello che cambia se stesso: Storie di trionfi personali dalle frontiere della scienza del cervello*. Viking.
- Dunbar, R. I. M. (1998). L'ipotesi del cervello sociale. *Antropologia evolutiva: Issues, News, and Reviews*, 6(5), 178-190. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6505\(1998\)6:5<178::AID-EVAN5>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6505(1998)6:5<178::AID-EVAN5>3.0.CO;2-8)
- Ecker, B., Ticic, R. e Hulley, L. (2012). *Sbloccare il cervello emotivo: Eliminare i sintomi alla radice usando il consolidamento della memoria*. Routledge.
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D. e Williams, K. D. (2003). Il rifiuto fa male? Uno studio fMRI sull'esclusione sociale. *Science*, 302(5643), 290-292. <https://doi.org/10.1126/science.1089134>
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Ricerca sulle psicoterapie umanistico-esperienziali. In M. J. Lambert (a cura di), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6a ed., pp. 495-538). Wiley.
- Emerson, D., Sharma, R., Chaudhry, S. e Turner, J. (2009). Lo yoga sensibile al trauma: Principi, pratica e ricerca. *International Journal of Yoga Therapy*, 19(1), 123-128.
- Engel, G. L. (1977). La necessità di un nuovo modello medico: Una sfida per la biomedicina. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2018). Quanto è centrale l'alleanza in psicoterapia? Una meta-analisi longitudinale multilivello. *Journal of Counseling Psychology*, 65(5), 566-578. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Frankl, V. E. (1986). *Il medico e l'anima: Dalla psicoterapia alla logoterapia* (ed. riv.). Vintage.

- Frankl, V. E. (2006). *La ricerca di significato dell'uomo* (I. Lasch, trad.). Beacon Press. (Opera originale pubblicata nel 1946)
- Freud, S. (1963). *Lezioni introduttive alla psicoanalisi* (J. Strachey, trad.). W.W. Norton. (Opera originale pubblicata nel 1917)
- Gantt, W. e Minton, K. (2017). Psicoterapia somatica informata dalle neuroscienze: Un approccio integrativo. In G. R. Weeks, S. T. Fife, & M. S. Peterson (Eds.), *The Routledge handbook of systemic therapy* (pp. 251-266). Routledge.
- Gapp, K., Jawaid, A., Sarkies, P., Bohacek, J., Pelczar, P., Prados, J., ... & Mansuy, I. M. (2014). Implicazione degli RNA spermatici nell'eredità transgenerazionale degli effetti dei traumi precoci nei topi. *Nature Neuroscience*, 17(5), 667-669. <https://doi.org/10.1038/nn.3695>
- Garland, E. L., Geschwind, N., Peeters, F., & Wichers, M. (2015). Il training di mindfulness promuove spirali ascendenti di affetti e cognizioni positive: Analisi di modellazione multilivello e di traiettoria latente autoregressiva. *Frontiers in Psychology*, 6, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00015>
- Gelb, M. J. (1994). *L'apprendimento del corpo: Un'introduzione alla Tecnica Alexander* (2a ed.). Holt.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *La presenza terapeutica: Un approccio consapevole per una terapia efficace*. American Psychological Association.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Presenza terapeutica: Meccanismi neurofisiologici che mediano la sensazione di sicurezza nelle relazioni terapeutiche. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178-192. <https://doi.org/10.1037/a0037511>
- Gendlin, E. T. (1996). *Psicoterapia orientata alla focalizzazione: Un manuale del metodo esperienziale*. Guilford Press.
- Gilbert, P. (2010). *La terapia incentrata sulla compassione: Caratteristiche distintive*. Routledge.
- Greenberg, L. S. (2015). *Terapia focalizzata sulle emozioni: Allenare i clienti a lavorare attraverso i loro sentimenti*. American Psychological Association.
- Grof, S. (1985). *Oltre il cervello: Nascita, morte e trascendenza in psicoterapia*. State University of New York Press.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. e Walach, H. (2004). Riduzione dello stress basata sulla mindfulness e benefici per la salute: Una meta-analisi. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Hill, P. L., & Turiano, N. A. (2014). Lo scopo nella vita come predittore di mortalità in età adulta. *Psychological Science*, 25(7), 1482-1486. <https://doi.org/10.1177/0956797614531799>

- Hill, R. & Rossi, E. L. (2018). *La guida dell'operatore al rispecchiamento delle mani: Una terapia che risponde al cliente e che facilita la risoluzione naturale dei problemi e la guarigione mente-corpo*. Crown House.
- Hillman, J. (1996). *Il codice dell'anima: Alla ricerca del carattere e della vocazione*. Random House.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). Come funziona la meditazione mindfulness? Proponendo meccanismi d'azione da una prospettiva concettuale e neurale. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Jacka, F. N., Kremer, P. J., Berk, M., de Silva-Sanigorski, A. M., Moodie, M., Leslie, E. R., Pasco, J. A., & Swinburn, B. A. (2011). Uno studio prospettico sulla qualità della dieta e sulla salute mentale negli adolescenti. *PloS one*, 6(9), e24805. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0024805>
- Khandaker, G. M., Dantzer, R., & Jones, P. B. (2017). Immunopsichiatria: Fatti importanti. *Medicina psicologica*, 47(13), 2229-2237. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000745>
- Kronenberg, G. (2007). Il ruolo delle vitamine B nel trattamento dei disturbi dell'umore. *Current Medicinal Chemistry*, 14(17), 1872-1880.
- Kurtz, R. (2007). *Il metodo Hakomi: Psicoterapia somatica centrata sulla mindfulness*. Ritmo di vita.
- Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013). Una meta-analisi del contributo dei movimenti oculari nella terapia EMDR: Un'analisi delle componenti. *Behaviour Research and Therapy*, 51(5), 231-238. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.11.001>
- Levine, P. A. (2010). *In una voce non detta: come il corpo rilascia il trauma e ripristina il bene*. North Atlantic Books.
- Lowen, A. (1976). *Bioenergetica*. Penguin.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regolazione dei circuiti neurali delle emozioni attraverso la meditazione sulla compassione: Effetti dell'esperienza meditativa. *PLoS ONE*, 3(3), e1897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001897>
- Maslow, A. H. (1968). *Verso una psicologia dell'essere* (2a ed.). Van Nostrand.
- May, R. (1969). *Amore e volontà*. W.W. Norton.
- Mayer, E. A. (2011). Sensazioni intestinali: La biologia emergente della comunicazione intestino-cervello. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 453-466. <https://doi.org/10.1038/nrn3071>
- McEwen, B. S. (2007). Fisiologia e neurobiologia dello stress e dell'adattamento: Il ruolo centrale del cervello. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>

- McNiff, S. (2004). *L'arte guarisce: Come la creatività cura l'anima*. Pubblicazioni Shambhala.
- Meaney, M. J. (2010). L'epigenetica e la definizione biologica delle interazioni gene-ambiente. *Child Development*, 81(1), 41-79. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01381.x>
- Meekums, B. (2002). *Danza movimento terapia: Un approccio psicoterapeutico creativo*. SAGE.
- Miller, A. H., Maletic, V. e Raison, C. L. (2009). L'infiammazione e i suoi disturbi: Il ruolo delle citochine nella fisiopatologia della depressione maggiore. *Biological Psychiatry*, 65(9), 732-741. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.11.029>
- Nader, K., & Einarsson, E. Ö. (2010). Riconsolidamento della memoria: Un aggiornamento. *Annali dell'Accademia delle Scienze di New York*, 1191(1), 27-41. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05443.x>
- Neimeyer, R. A. (2009). Costruire una nicchia personale nel mercato della terapia postmoderna. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(2), 105-115. <https://doi.org/10.4324/9780203882405>
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2a ed.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Pfund, R. A., & Cook, D. M. (2022). Il futuro previsto della psicoterapia: Un sondaggio e-Delphi decennale. *Psicologia professionale, ricerca e pratica*, 53(2), 109-115. <https://doi.org/10.1037/pro0000431>
- Norcross, J. C. e Wampold, B. E. (2011). Relazioni terapeutiche basate sull'evidenza: Conclusioni della ricerca e pratiche cliniche. *Psicoterapia*, 48(1), 98-102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Norcross, J. C. e Wampold, B. E. (2019). Una nuova terapia per ogni paziente: Relazioni e responsività basate sull'evidenza. *Journal of Clinical Psychology*, 75(11), 1932-1942. <https://doi.org/10.1002/jclp.22876>
- O'Neil, A., Quirk, S. E., Housden, S., Brennan, S. L., Williams, L. J., Pasco, J. A., ... & Jacka, F. N. (2014). Relazione tra dieta e salute mentale nei bambini e negli adolescenti: Una revisione sistematica. *American Journal of Public Health*, 104(10), e31-e42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302110>
- Ogden, P. e Fisher, J. (2015). *Psicoterapia sensomotiva: Interventi per il trauma e l'attaccamento*. W.W. Norton.
- Ogden, P., Minton, K. e Pain, C. (2006). *Il trauma e il corpo: Un approccio sensomotorio alla psicoterapia*. W.W. Norton.
- Perls, F., Hefferline, R. e Goodman, P. (1951). *La terapia della Gestalt: Eccitazione e crescita nella personalità umana*. Julian Press.
- Peseschkian, N. (1987). *Psicoterapia positiva: Teoria e pratica di un nuovo metodo*. Springer.

- Porges, S. W. (2011). *La teoria polivagale: Basi neurofisiologiche delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. W.W. Norton.
- Prigogine, I. (1989). *La filosofia dell'instabilità*. Futures, 21(4), 396-400.
- Ratey, J. J. (2008). *Spark: La nuova e rivoluzionaria scienza dell'esercizio fisico e del cervello*. Little, Brown.
- Rogers, C. R. (1957). Le condizioni necessarie e sufficienti del cambiamento terapeutico della personalità. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
<https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rossi, E. L. (2002). *La psicobiologia dell'espressione genica: Neuroscienze e neurogenesi nell'ipnosi e nelle arti curative*. W.W. Norton.
- Rowan, J. (2005). *Il transpersonale: Spirituality in psychotherapy and counselling* (2a ed.). Routledge.
- Ryff, C. D. (2013). Il benessere psicologico rivisitato: Progressi nella scienza e nella pratica dell'eudaimonia. *Psicoterapia e psicosomatica*, 83(1), 10-28.
<https://doi.org/10.1159/000353263>
- Schore, A. N. (2003). *Disregolazione degli affetti e disturbi del sé*. W.W. Norton.
- Schore, A. N. (2012). *La scienza dell'arte della psicoterapia*. W.W. Norton.
- Schwartz, R. C. (2001). *Introduzione al modello dei sistemi familiari interni*. Pubblicazioni Trailheads.
- Shapiro, F. (2001). *Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari: Principi di base, protocolli e procedure* (2a ed.). Guilford Press.
- Shors, T. J., Olson, R. L., Bates, M. E., Selby, E. A., & Alderman, B. L. (2014). Mental and Physical (MAP) Training: un intervento ispirato alla neurogenesi che migliora la salute negli esseri umani. *Neurobiologia dell'apprendimento e della memoria*, 115, 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2014.08.012>
- Siegel, D. J. (2010). *Il terapeuta consapevole: Guida del clinico al mindsight e all'integrazione neurale*. W.W. Norton.
- Siegel, D. J. (2012). *La mente in via di sviluppo: Come le relazioni e il cervello interagiscono per formare chi siamo* (2a ed.). Guilford Press.
- Skinner, B. F. (1953). *Scienza e comportamento umano*. Macmillan.
- Stern, D. N. (2004). *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. W.W. Norton.
- Stolorow, R. D. (2011). *Mondo, affettività, trauma: Heidegger e la psicoanalisi post-cartesiana*. Routledge.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Orange, D. M. (2002). *I mondi dell'esperienza: Intrecciare dimensioni filosofiche e cliniche nella psicoanalisi*. Basic Books.

- Stroh, D. P. (2015). *Il pensiero sistemico per il cambiamento sociale: Una guida pratica per risolvere problemi complessi, evitare conseguenze indesiderate e ottenere risultati duraturi*. Chelsea Green Publishing.
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). Le neuroscienze della meditazione mindfulness. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Tracey, K. J. (2009). Controllo riflesso dell'immunità. *Nature Reviews Immunology*, 9(6), 418-428. <https://doi.org/10.1038/nri2566>
- Tronick, E. (2007). *Lo sviluppo neurocomportamentale e socio-emotivo di neonati e bambini*. W.W. Norton.
- van der Kolk, B. A. (2014). *Il corpo tiene il punteggio: Cervello, mente e corpo nella guarigione dal trauma*. Viking.
- van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Lo yoga come trattamento aggiuntivo per il disturbo da stress post-traumatico: Uno studio randomizzato e controllato. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), e559-e565. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08561>
- Van Houdenhove, B., & Luyten, P. (2006). Stress, depressione e fibromialgia. *Acta Neurologica Belgica*, 106(4), 149-156.
- Vaughan, F. (1995). *L'arco interiore: guarigione e interezza nella psicoterapia e nella spiritualità*. iUniverse.
- von Bertalanffy, L. (1968). *Teoria generale dei sistemi: Fondamenti, sviluppo, applicazioni*. George Braziller.
- Vos, J., Craig, M. e Cooper, M. (2015). Terapie esistenziali: Una meta-analisi dei loro effetti sui risultati psicologici. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 115-128. <https://doi.org/10.1037/a0037167>
- Wachtel, P. L. (2014). *La psicodinamica ciclica e il sé contestuale: Il mondo interiore, il mondo intimo e il mondo della cultura e della società*. Routledge.
- Walker, M. (2017). *Perché dormiamo: Sbloccare il potere del sonno e dei sogni*. Scribner.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *Il grande dibattito sulla psicoterapia: Le prove di ciò che fa funzionare la psicoterapia* (2a ed.). Routledge.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Mezzi narrativi per fini terapeutici*. W.W. Norton.
- Wilber, K. (2000). *Psicologia integrale: Coscienza, spirito, psicologia, terapia*. Shambhala.
- Wong, P. T. P. (2012). *La ricerca umana del significato: Teorie, ricerca e applicazioni* (2a ed.). Routledge.
- Yalom, I. D. (1980). *Psicoterapia esistenziale*. Basic Books.

- Yano, J. M., Yu, K., Donaldson, G. P., Shastri, G. G., Ann, P., Ma, L., ... & Hsiao, E. Y. (2015). Batteri indigeni del microbiota intestinale regolano la biosintesi di serotonina dell'ospite. *Cell*, 161(2), 264-276. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.02.047>
- Yehuda, R. e Bierer, L. M. (2009). La rilevanza dell'epigenetica nel PTSD: Implicazioni per il DSM-V. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 427-434. <https://doi.org/10.1002/jts.20448>
- Zarembska, E., Ślusarczyk, K., & Wrzosek, M. (2023). L'implicazione di un polimorfismo nel gene della metilenetetraidrofolato reduttasi nel metabolismo dell'omocisteina e nelle malattie civili correlate. *International journal of molecular sciences*, 25(1), 193. <https://doi.org/10.3390/ijms25010193>
- Zeig, J. K. (1994). *L'evoluzione della psicoterapia: La seconda conferenza*. Brunner/Mazel.