

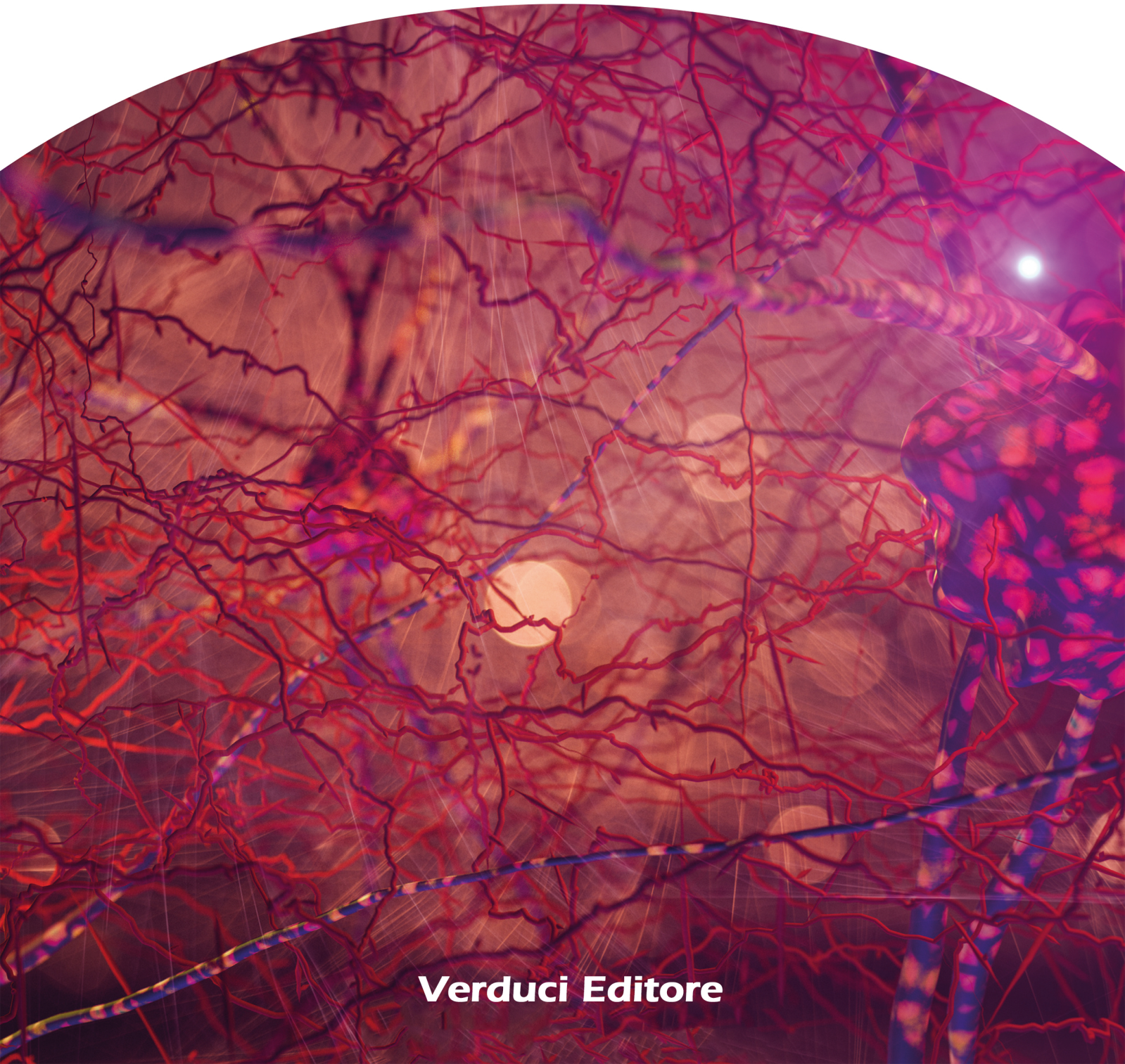
Vol. 7 No. 1, 2025



phenomenajournal

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

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



Verduci Editore



Indice

Trattamento dei disturbi emotivi comuni in integrazione con le cure primarie: un modello innovativo di intervento all'interno di un'Azienda Socio Sanitaria Territoriale

Elisa Lazzaroni, Carmen Baldi, Simonetta Martini, Mattia Bava, Gianna Cerasoli,
Flavia Ilaria Passoni, Maria Grazia Masini E Vittorio Rigamonti1

Changing emotion with emotion

Leslie Greenberg10

Through the eyes of Gestalt therapy: The emergence of existential experience on the contact boundary

Ani Rainauli20

Crisi climatica tra conseguenze emotive e sociali: un focus sui risvolti clinici-comunitari

Mariarosaria Bifulco, Ottavio Ragozzino31

Editoriale - Mental Health 4.0: il contributo dei modelli LLM nei processi di cura della salute mentale

Valeria Cioffi38



Policy Brief

Trattamento dei disturbi emotivi comuni in integrazione con le cure primarie: un modello innovativo di intervento all'interno di un'Azienda Socio Sanitaria Territoriale

ELISA LAZZARONI¹, CARMEN BALDI², SIMONETTA MARTINI³, MATTIA BAVA³,
GIANNA CERASOLI³, FLAVIA ILARIA PASSONI¹, MARIA GRAZIA MASINI¹
E VITTORIO RIGAMONTI¹

¹Asst Lecco, Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Psicologia, Lecco, Italy

²Asst Lecco, Direzione Socio Sanitaria, Lecco, Italy

³Asst Lecco, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, Lecco, Italy

ABSTRACT

Recent research and reviews highlight the need to improve the National Sanitary System to adequately face the growing mental health care demands and to favor a reorganization of health systems aimed at implementing new treatment, prevention, and health promotion strategies. A stepped care model, composed of a low-intensity intervention with a high level of specificity, is the proposed tool to achieve this target. The treatment model for common emotional disorders proposed here is the first innovative implementation in a public health service of integrating psychological interventions in the primary care system according to the principle of collaborative and stepped care.

Keywords

Collaborative care, Stepped care, Health psychology, Primary care, Common emotional disorders.

ABSTRACT in ITALIANO

Recenti ricerche e reviews hanno evidenziato la necessità di migliorare le modalità di risposta del Sistema Sanitario Nazionale al crescente bisogno di cure relative alla salute mentale e favorire una riorganizzazione dei sistemi sanitari finalizzata ad implementare nuove strategie di trattamento, prevenzione e promozione della salute. Un possibile strumento per raggiungere questo obiettivo consiste nell'utilizzo di modelli di cura "a step" con gradienti di intervento di intensità crescenti, partendo da interventi a bassa intensità ed elevata specificità. Il modello di trattamento dei disturbi emotivi comuni qui proposto è

Citation: Lazzaroni E., Baldi C., Martini S., Bava M., Cerasoli G., Passoni F.I., Masini M.G., & Rigamonti V. (2025). Trattamento dei disturbi emotivi comuni in integrazione con le cure primarie: un modello innovativo di intervento all'interno di un'Azienda Socio Sanitaria Territoriale. Phenomena Journal, 7(1), 01–09. DOI: 10.32069/PJ.2021.2.226

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Elisa Lazzaroni, MD;
e-mail: e.lazzaroni@asst-lecco.it; elisa.lazzaroni@gmail.com

Ricevuto: 15 luglio 2024

Accettato: 18 febbraio 2025

Pubblicato: 10 giugno 2025

una prima innovativa implementazione all'interno di un servizio pubblico di una stretta integrazione fra interventi psicologici e cure primarie secondo il principio della collaborative care e stepped care.

Parole Chiave

Collaborative care, Stepped care, Psicologia della salute, Cure primarie, Disturbi emotivi comuni.

INTRODUZIONE

I recenti mutamenti epistemologici sulla concezione di salute, l'alta incidenza epidemiologica di alcuni disturbi psicologici e l'esistenza di un gap tra bisogno e offerta di cure hanno indotto la necessità di una riorganizzazione dei sistemi sanitari finalizzata all'implementazione di nuove strategie di trattamento, prevenzione e promozione del benessere [1]. Precedenti ricerche hanno suggerito che l'integrazione di professionisti della salute mentale nell'assistenza primaria possa rappresentare una valida strategia per soddisfare tali richieste, pur sottolineando come questa integrazione debba avvenire attraverso la predisposizione di programmi di management strutturati e concreti [1]. Per questo motivo, all'interno della ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) di Lecco, è nato un progetto di intervento che ha coinvolto in modo integrato il DSMD (Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze), la UOSD Psicologia (Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Psicologia) e i MMG (Medici di Medicina Generale) della Provincia di Lecco, avente l'obiettivo principale di rispondere ad una esigenza di profondo cambiamento organizzativo dell'attuale gestione dei Disturbi Emotivi Comuni (DEC). Rientrano in questa categoria i disturbi ansiosi, le sindromi da disadattamento, i disturbi post traumatici da stress, gli episodi depressivi di grado lieve e i disturbi somatici.

È noto ormai che i DEC sono patologie con una elevata incidenza nella po-

polazione generale ma tendono a essere considerati disturbi minori, talvolta misconosciuti o scambiati per patologie organiche. Nella fase di esordio, infatti, il disturbo spesso consiste in una condizione di disagio indifferenziato caratterizzato da forte sofferenza soggettiva, impairment funzionali e probabili ricadute fisiche spesso confuse per patologie organiche di origine psicosomatica. La maggior parte di queste problematiche sono principalmente conseguenti alla somatizzazione di distress psicologico piuttosto che rappresentare disturbi puramente fisici [2]. Questa non corretta individuazione dei DEC ha conseguenze importanti sia sull'aumento dei costi sanitari per indagini e consulenze improprie sia sui costi di trattamenti nel tempo legati alla cronicizzazione di una patologia non trattata tempestivamente. È necessario pertanto predisporre per il trattamento di tali quadri clinici interventi il più possibile brevi e tempestivi, favorendo la precoce intercettazione dei disturbi attraverso l'integrazione con l'assistenza sanitaria primaria [3]. La letteratura internazionale evidenzia come l'individuazione precoce del disturbo emotivo comune, quando ancora il disturbo si presenta in forma lieve, massimizzi l'efficacia di interventi più brevi con evidente ricaduta sulla riduzione dei costi sanitari per il trattamento [4]. Interventi precoci costituiscono inoltre un fattore protettivo per l'insorgenza di patologie più gravi e conclamate [1]. Si evidenzia inoltre una elevata disomogeneità nel trattamento dei DEC: al paziente

Tabella 1. Rischi nel trattamento dei disturbi emotivi comuni evidenziati nell'European Mental Health Action Plan (2013-2020).

Possibili rischi nel trattamento dei disturbi emotivi comuni

- fenomeni di over-treatment (erogazione di trattamenti eccedenti il reale grado di severità del disturbo) e under-treatment (implementazione di interventi con ridotto gradiente di specificità ed efficacia);
- cronicizzazioni del disturbo perché non diagnosticato tempestivamente (incapacità di intercettare e trattare primi segnali di sofferenza psichica);
- trattamenti psicologici aspecifici rispetto al target diagnostico;
- aumento costi sanitari per DEC non trattati adeguatamente

Tabella 2. Obiettivi del progetto di istituzione del Polo Dec per il trattamento dei disturbi emotivi comuni.

Obiettivi del progetto di istituzione di un Polo Dec per il trattamento dei disturbi emotivi comuni

- intercettare precocemente i DEC;
- evitare la cronicizzazione del disturbo in quadri psicopatologici più gravi attraverso l'intercettazione precoce del disagio;
- massimizzare l'efficacia di interventi brevi e tempestivi;
- applicare un modello di cura "Stepped Care";
- integrare maggiormente l'attività del MMG e dello Psicologo
- coinvolgere prevalentemente figure non mediche (Psicologo, Terapista della riabilitazione psichiatrica) nel trattamento dei DEC e riorganizzare le figure professionali secondo il principio del task shifting;
- utilizzare interventi innovativi (e-mental health, telepsichiatria, processi di empowerment e self-help)
- migliorare l'appropriatezza degli interventi;
- facilitare l'accessibilità del paziente ai contesti di cura;
- ridurre la quota di trattamenti impropri erogati dai servizi specialistici;
- promuovere comportamenti proattivi a tutela della Salute Mentale;
- favorire una ricaduta positiva sulla riduzione dei costi sanitari complessivi.
- aumento costi sanitari per DEC non trattati adeguatamente

spesso, a seconda del servizio di accesso, vengono proposte risposte cliniche differenti (interventi solo farmacologici, solo psicologici, solo consulenziali, integrati). Il trattamento dei DEC deve tenere presente i dati di letteratura che da tempo mostrano una maggiore efficacia degli interventi psicologici in termini di riduzione dei sintomi e prevenzione delle ricadute [5]. Nell'European Mental Health Action Plan 2013-2020 [6] sono stati evidenziati alcuni rischi in termini di trattamento dei DEC come, ad esempio, over-treatment e under-treatment (Tabella 1).

L'integrazione tra attività psicologica e psichiatrica con l'assistenza sanitaria primaria secondo il modello del *collaborative care mode* [7] risulta essere fondamentale per definire nuove e più efficaci possibilità di cura in grado (1) di intercettare le forme di sofferenza lieve non ancora strutturata, (2) di fornire trattamenti psicologici specifici e precoci, (3) di ridurre i fenomeni di under e over-treatment e (4) di promuovere tra gli individui la diffusione di comportamenti proattivi di tutela e cura dello stato di salute [8].

Nel documento della Consensus Conference (2022) redatto dal Ministero della Salute, si raccomandano, per il trattamento di ansia e depressione lieve, interventi a livelli crescenti di intensità di trattamento secondo il modello della *Stepped Care*, dove

il primo livello di intervento si intende da erogare in stretta connessione con le Cure Primarie come avvenuto in Gran Bretagna con il programma Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) (si veda il documento: The Improving Access to Psychological Therapies Manual, NCCMH 2021) [9].

Nello specifico del territorio lecchese, da un'analisi preventiva svolta all'interno del DSM (Dipartimento di Salute Mentale) della ASST di Lecco tra il 2019 e il 2020, era emerso come il 44% nel 2019 e 49% nel 2020 dei nuovi accessi presentassero una diagnosi afferente ai Disturbi Emotivi Comuni (con un incremento nel 2020 legato agli effetti psicologici e allo stress correlato alla pandemia), confermando come i DEC fossero la diagnosi più rappresentata tra i nuovi accessi ai servizi sanitari. Valutando, oltre all'incidenza, la prevalenza, emergeva come questa fosse invece più bassa (28%), poiché i disturbi mentali gravi necessitano di maggiore intensità di trattamento, continuità terapeutica e supporto assistenziale.

Da tale analisi si rilevava inoltre una significativa disomogeneità nell'impostazione dei percorsi di cura rivolti ai DEC, con notevoli differenze soprattutto nella durata dell'intervento proposto e nelle figure professionali coinvolte. Gli interventi erano spesso parziali, non integrati e senza valutazione di esito.

Si rendeva pertanto necessaria la definizione del percorso di cura per i DEC con un

approccio diverso, che non fosse più episodico, ma che vedesse una precisa riorganizzazione dei presidi che se ne occupavano, con un coinvolgimento importante dei MMG e un rapporto più stretto con le reti sul territorio. È nato così il progetto di costituzione di “poli DEC” specifici per il trattamento dei disturbi emotivi, esterni ai CPS (Centro Psico Sociale, servizio che si occupa della prevenzione, della cura e della riabilitazione dei disturbi mentali degli adulti in Lombardia), che prevedessero una équipe multidisciplinare che si occupasse dei DEC in integrazione con la medicina generale, in contesti non psichiatricamente definiti e maggiormente accessibili per l'utenza, nell'ottica di una psicologia sempre più di Comunità e nella direzione della prevenzione e delle azioni di empowerment delle persone e della comunità.

OBIETTIVI DEL PROGETTO DI COSTITUZIONE DI UN POLO SPECIFICO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI EMOTIVI COMUNI

Al fine di progettare la costituzione di un Polo specifico di trattamento dei DEC nel paziente adulto all'interno della ASST di Lecco è stato istituito un tavolo di lavoro e progettazione che ha coinvolto la Struttura Complessa di Psichiatria, l'Unità Operativa di Psicologia e il Coordinamento dei MMG. È stato successivamente steso un progetto di intervento che è stato presentato alla Direzione Strategica della ASST e all'ATS (Agenzia di Tutela della Salute) di riferimento, che ha visto una seguente fase di sperimentazione all'interno dei CPS di due distretti territoriali (Lecco e Merate). Infine, il modello di lavoro, dopo la fase sperimentale, è stato implementato all'interno di due Case di Comunità (Introbio e Olgiate Molgora). Nella Tabella 2 sono riportati gli obiettivi specifici del progetto.

La finalità globale è stata quella di istituire un polo specifico all'interno delle Case di Comunità (strutture polivalenti, parte integrante dell'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale, in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni sociosanitarie regionali; Ministero della Salute Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) n. 77 del 23/5/22, DGR Lombardia n. XI/6760 del 25/7/22) [10] per il trattamento dei DEC che

svolgessero le attività di : (1) accoglienza, valutazione della domanda, informazione ed orientamento; (2) gestione dei pazienti con disturbi mentali comuni secondo il modello della *stepped-care* cioè con *interventi a diverso gradiente di specificità e intensità e con modalità di comunicazione standardizzate e consolidate* in collaborazione con MMG o altri specialisti; (3) costruzione di una rete di relazioni tra professionisti, comprendendo le attività di formazione dei MMG; (4) rapporti culturali e di prevenzione con la cittadinanza.

LINEE GUIDA E CARATTERISTICHE DEL MODELLO DI INTERVENTO E TRATTAMENTO

Riferendosi alle principali linee guida internazionali (NICE, 2022 [11]; APA, 2020, 2021 [12,13]), ai principali documenti di sintesi per il trattamento di ansia e depressione dell'Istituto Superiore di Sanità (Consensus Conference [3]), e a validati modelli di intervento internazionali per il trattamento dei disturbi emotivi comuni (ad esempio il modello anglosassone, *IAPT*, Improving Access to Psychological Therapies [9]), è stato istituito dal 2022 un modello innovativo di intervento per la cura dei Disturbi Emotivi Comuni in stretta integrazione con la medicina primaria, seguendo i principi di tempestività, efficacia e durata limitata nel tempo dei trattamenti. Tale modello di intervento riguarda la cura dei DEC di natura depressiva, somatoforme e ansiosa; più specificamente si occupa di disturbi ansiosi (ICD-10 F40 ed F41), sindromi da disadattamento e disturbi post traumatici da stress (ICD-10 F43), episodi depressivi di grado lieve (ICD-10 F32.0), disturbi somatici (ICD-10 F45.0). Sono esclusi disturbi psicotici, alimentari, severi disturbi affettivi, disturbi ossessivi-compulsivi, disturbi della personalità e dipendenze.

All'interno del modello di lavoro proposto la figura dello psicologo ha un ruolo centrale nella fase di valutazione del paziente e nell'erogazione dei trattamenti psicologici focali, nella consultazione, affiancamento e stretta collaborazione con MMG, nella co-costruzione con il MMG di un linguaggio clinico e diagnostico condiviso attraverso momenti di confronto e formazione, nel passaggio di funzioni professionali specifiche, secondo il modello del *task-shifting*, ad altri operatori sanitari per interventi a bassa intensità che lo psicologo

go stesso supervisiona, nella *governance* delle relazioni di rete con i servizi specialistici. Lo psicologo, insieme al MMG, può valutare inoltre l'attivazione della consulenza psichiatrica dedicata al polo DEC.

Percorso di accesso dell'utente

Nella flowchart (Figura 1) è possibile osservare il percorso di accesso dell'utente allo psicologo Dec (su invio di MMG, Psichiatra o operatori di accoglienza della Casa di Comunità, ad esempio assistenti sociali, infermieri, terapisti) e il suo flusso all'interno del polo Dec. Il trattamento dei DEC avviene su livelli progressivi di intervento e intensità:

- 1) assessment di primo livello (valutare l'effettiva presenza di un quadro DEC, o in caso contrario predisporre invio al servizio specialistico dedicato)
- 2) intervento psicoeducativo grupppale
- 3) intervento psicoterapeutico breve focale (della durata massima di 6 mesi).

RACCOMANDAZIONI APPLICABILI E FUNZIONI DELLE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Secondo il modello della *collaborative-care*, le figure professionali coinvolte nel trattamento devono lavorare in maniera integrata e sinergica, costituendo una équipe multiprofessionale. Sono pertanto previsti costanti momenti di confronto sui casi clinici, ma anche di formazione e condivisione delle conoscenze e competenze specifiche di ogni specialista, nell'ottica di co-costruire una cultura clinica comune, integrare le prospettive e sostenere il cambiamento secondo principi di *knowledge sharing*.

Nella Tabella 3 sono riportate le funzioni delle figure mediche coinvolte.

Funzioni dello psicologo

All'interno del progetto, lo psicologo ha funzioni di consulenza, valutazione e trattamento. Lo psicologo accoglie i pazienti inviati in prevalenza dal MMG, con cui collabora in stretta integrazione sia nel confronto sul caso clinico e sulle relative ipotesi diagnostiche, sia nel fornire indicazioni per la gestione del caso.

La fase di consultazione iniziale avrà finalità di esplorazione della storia attraverso la raccolta dell'anamnesi personale e familiare, l'analisi delle risorse e dei fattori di rischio, la valutazione del funzionamento mentale della persona. Sarà caratterizzata da un assessment di primo livello nel quale, oltre al colloquio clinico, verranno impiegati strumenti self report, quali CORE OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure [14]) e ASEBA Adult Self Report (Adult Self Report [15]), che consentano di raccogliere i comportamenti problematici, i sintomi e le difficoltà presentate dal paziente. Se necessario potranno essere aggiunte scale sintomatiche specifiche utili all'esplorazione delle problematiche di quel singolo soggetto in base alle indicazioni NICE 2011 per l'uso di specifici questionari per lo screening [quali ad esempio: EDI III (Eating Disorder Inventory [16]), BDI-II (Beck Depression Inventory [17]), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder [18]), STAI (State-Trait Anxiety Inventory [19]), BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale 11 [20]) AQ (Aggression Questionnaire [21]), IES-R (The impact of event scale-revised [22])]. La consultazione psicologica è finalizzata a confermare la natura del DEC che non è solo basata su una determinata sintomatologia afferente alla diagnosi ICD-10 F4 o F32, ma anche sull'esistenza di una organizzazione della struttura psichica di livello sano o di area nevrotica. Questa fase dovrebbe articolarsi nell'arco di tre incontri al termine dei quali formulare una restituzione e una proposta di intervento.

Al termine del ciclo di lavoro di gruppo, lo psicologo rivede il paziente e valuta se l'intervento psicoeducativo è stato sufficiente per consentire al paziente di acquisire un adeguato livello di benessere psicofisico o se è necessario proporre un secondo step di trattamento a maggiore intensità, ovvero un intervento psicoterapeutico individuale focale della durata massima di sei mesi. Quest'ultimo deve seguire il più possibile le linee guida internazionali per i trattamenti indicati come maggiormente efficaci in base alle evidenze scientifiche per ogni specifico target clinico [11]. L'attività psicoterapeutica è fortemente finalizzata all'empowerment del paziente e all'incremento dell'efficacia delle strategie di coping anche mediante il riconoscimento, il reperimento o il potenziamento di risorse personali e sociali adeguate alla specifica situazione. L'efficacia del trattamento viene valutata attra-

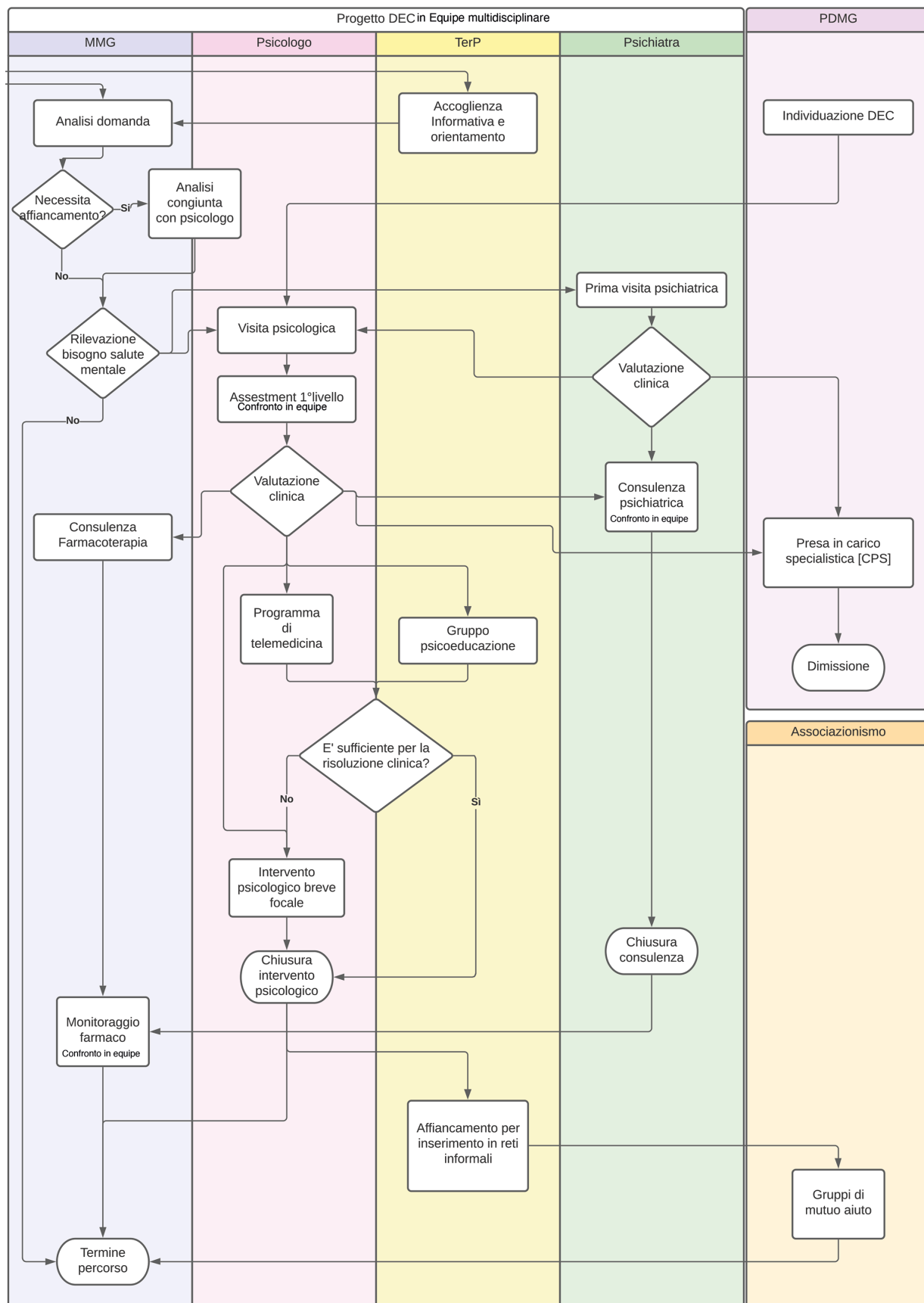


Figura 1. Percorso di accesso dell'utente e suo flusso all'interno del Polo Dec.

Tabella 3. Funzioni specifiche delle figure mediche coinvolte nel modello di lavoro.
Funzioni del Medico di Medicina Generale

Il MMG individua gli assistiti che presentano problematiche di disagio emotivo reattivo ad eventi di vita, i disturbi psicosomatici, i disturbi d'ansia e depressione lieve. Valuta la situazione clinica alla luce della storia anamnestica del paziente ed invia il paziente allo psicologo del polo DEC oppure si confronta con lo Psicologo e/o lo Psichiatra per avere indicazioni per la gestione o l'eventuale invio ai servizi specialistici. Nei casi in cui il MMG non riesca ad avere chiarezza sufficiente della situazione per un invio è possibile prevedere un affiancamento in un incontro con il soggetto individuato per una valutazione congiunta del bisogno psicologico. Individua inoltre i disturbi gravi di salute mentale che necessitano di trattamento specialistico. Imposta il trattamento psicofarmacologico, se considerato necessario, e si confronta, laddove lo ritenga utile, con lo Psichiatra. Partecipa ad incontri di equipe multidisciplinare con TerP, psicologo e psichiatra per la discussione dei casi clinici e la condivisione delle prassi di lavoro e della cultura clinica relativa ai DEC.

Funzioni dello Psichiatra

Il medico psichiatra effettua insieme allo psicologo un confronto di équipe con MMG per la valutazione del paziente o per dare indicazioni per gestione del paziente oppure ancora per orientare l'invio ai servizi. Tale consultazione può avvenire per via telematica/ telefonica/di persona. Lo psichiatra ha inoltre la funzione di erogare visite specialistiche psichiatriche in regime di consulenza su richiesta dello psicologo o del MMG, e di confronto a intervalli regolari con MMG per la discussione dei casi e la condivisione delle strategie terapeutiche. Partecipa alle riunioni di equipe multidisciplinare all'interno del polo Dec.

verso la somministrazione di strumenti di valutazione dell'esito (COREOM).

Nell'ambito dei disturbi affettivi (depressioni lievi) è auspicabile che all'interno del Polo DEC vengano attivati e implementati strumenti terapeutici *e-mental health* [23]: nello specifico è utile sottolineare la validità di programmi specifici di tele-medicina quali applicazioni su web, autosomministrate dal paziente dopo il colloquio clinico psicologico, che permettono di avere un supporto psicoeducativo e un addestramento all'automonitoraggio dei segnali clinici di malessere. Particolarmente utile può essere lo strumento *i-fight depression* [24], un programma Internet guidato di auto-gestione, basato sui principi della terapia cognitivo-comportamentale e rivolto a persone affette da depressione di grado lieve/moderato.

Qualora individuasse la presenza di un quadro psicopatologico più complesso e previo confronto con i colleghi dei servizi dedicati, lo psicologo ha anche la funzione di curare e seguire l'eventuale invio del paziente a servizi specialistici di pertinenza. Si occupa inoltre di rilevare, nel confronto con MMG, la necessità di richiedere una consulenza psichiatrica a favore del paziente, di partecipare alla discussione dei casi con MMG, di supervisionare e monitorare l'attività di gruppo dei TerP predisponendo momenti specifici di équipe. La terapia farmacologica del paziente DEC è in prevalenza

gestita dal medico delle cure primarie, che può richiedere, se lo ritiene indicato, un consulto allo specialista psichiatra, anche in modalità telematica. A seguito della consulenza, il paziente sarà riaffidato al MMG per il monitoraggio della terapia stessa.

Funzioni del tecnico della riabilitazione psichiatrica

Il Tecnico della riabilitazione psichiatrica (TerP) che opera all'interno di questo percorso assume nel proprio ruolo, in un processo di *task-shifting*, alcune funzioni psicoeducative specifiche, in particolare conduce - previa specifica formazione ed affiancamento con uno psicologo-gruppi psicoeducativi focali che costituiscono un primo intervento a bassa intensità di trattamento (*first step care*). I gruppi psicoeducativi hanno un ciclo di lavoro della durata di 8 incontri e forniscono al paziente informazioni e nozioni specifiche rispetto al proprio disturbo e strategie per la gestione del sintomo, nonché buone prassi quotidiane per incrementare il benessere psicofisico, anche attraverso materiale *self-help*.

Sono stati progettati due percorsi di gruppo differenziati: gruppo psicoeducativo per la gestione dell'ansia e gruppo psicoeducativo per fronteggiare la depressione lieve. Il primo intervento gruppal si basa su

contenuti di psicoeducazione sul sintomo ansioso e sui fattori di mantenimento, su tecniche mutuare dal paradigma cognitivo-comportamentale e tecniche di respirazione e rilassamento [25-27]. La seconda tipologia di attività gruppale rivolta ai pazienti affetti da depressioni lievi è stata estratta dal programma di Terapia Interpersonale di gruppo per la depressione dell'OMS, ideato per operatori senza una specifica formazione pregressa in salute mentale [28]. È auspicabile che, in fasi successive dell'implementazione di questo modello di lavoro, il terapeuta della riabilitazione assuma anche funzioni di accoglienza, di comunicazione attiva con il cittadino ed interagisca in modo trasversale con gli altri professionisti all'interno del Polo. È importante evidenziare inoltre che il Terp favorisce l'interrelazione con reti informali di mutuo-aiuto e associazionistiche sul territorio, che possono essere considerate l'esito dell'intervento sul paziente al termine del percorso svolto presso la Casa di Comunità, in un'ottica di relazione costante tra servizi di cura della persona e territorio.

CONCLUSIONI

I DEC sono estremamente diffusi in Italia. La loro prevalenza complessiva è stimata intorno al 16% e se ne è registrato un netto incremento in seguito alla pandemia da SARS-CoV-2 (+25%, Dato Enpap 2023 [29]). Questi disturbi, a qualunque livello di gravità, sono associati a marcata sofferenza soggettiva, a significativa disabilità e a notevoli costi economici e sociali. I DEC rispondono bene principalmente ad interventi psicoeducativi e psicoterapeutici graduati per intensità in base alla gravità della situazione. Nell'attuale situazione peculiare italiana si attesta tuttavia come le cure elettive per l'ansia e la depressione, che sono quelle psicologiche e psicoterapeutiche, non vengono offerte in modo sufficiente dal sistema sanitario pubblico (Report "Progetto Vivere Meglio" Enpap [29]). Anche per questo motivo, riprendendo le evidenze di IAPT e i risultati della "Consensus Conference", l'Asst di Lecco ha voluto impegnarsi nella progettazione di un modello innovativo di valutazione e trattamento dei DEC come sollecitato dall'OMS e dal Ministero della Salute. Ad una prima parziale analisi del lavoro in corso è emersa come tale progettualità abbia permesso la sistematizzazione dell'offerta di cura della salute mentale e ha ottenuto risposta positiva dalla Medici-

na Generale con crescente aumento delle richieste di presa in carico. Il modello descritto ha favorito la multidisciplinarietà già ad un primo livello di cura e la diversificazione delle opzioni di trattamento garantendo più possibilità di intercettare bisogni di cura [30]. È stato possibile consolidare nuove prassi di lavoro integrate tra servizi sanitari che fino ad oggi hanno corso il rischio di dialogare poco fra loro e in modo frammentato. L'obiettivo successivo sarà quello di raccogliere i dati di esito in termini di efficacia clinica ed economica degli interventi proposti affinché possano essere sempre più sostenuti da parte del sistema sanitario pubblico, anche attraverso adeguati investimenti strutturali.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale, gli Operatori dei PUA (Punti Unici di Accoglienza presso le Case di Comunità) e tutti gli operatori sanitari coinvolti nel progetto per la loro attenta collaborazione e disponibilità. Desideriamo ringraziare inoltre il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, i Direttori dei Distretti del Bellanese e del Meratese e la Direzione SocioSanitaria dell'ASST di Lecco per l'attenzione mostrata verso la salute mentale dei pazienti nonché per l'entusiasmo e il supporto nella progettazione e realizzazione degli interventi, e tutti i pazienti che abbiamo incontrato all'interno dei Poli Dec che ci hanno aiutato con i loro feedback ad implementare e migliorare le traiettorie di cura.

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli altri autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. Aru, F. L., Chiri, L. R., Menchetti, M., Galligani, F., Filugelli, L., Antonica, M. R., Ciotti, E., Fioritti, A., & Berardi, D. (2019). Modelli di integrazione tra psicologia e assistenza sanitaria primaria: Verso la concreta costruzione di una assistenza psicologica di base? [Models for the integration of psychology and primary health care: Towards the concrete construction of primary care psychological treatment?]. *Giornale Italiano di Psicologia*, 46(1-2), 179-20. Doi: 10.1421/93786
2. Solano I., Pirrotta E., Ingravalle V., Faiella P. (2009). The family physician and the psychologist in the office together: a response to fragmentation. *Mental Health in Family Medicine*, 6, 91-98.
3. Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. (2022). Documento finale. Gruppo di lavoro "Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione" 2022, x, 105 p. Consensus ISS 1/2022, *Istituto Superiore di Sanità*. <https://www.iss.it/consen->

- sus-iss/-/asset_publisher/mU25bGuWG08V/content/consensus-iss-1-2022-consensus-conference-sulle-terapie-psicologiche-per-ansia-e-depressione.-documento-finale.-gruppo-di-lavoro-consensus-sulle-terapie-psicologiche-per-ansia-e-depressione-
4. Kessler R., Stafford D., Messier R. (2009). The problem of integrating behavioral health in the medical home and the questions it leads to. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 4-12 doi: 10.1007/s10880-009-9146-y
 5. DeRubeis R.J., Hollon S.D., Amsterdam J.D., Shelton R.C., Young P.R., Salomon R.M., O'Reardon J.P., Lovett M.L., Gladis M.M., Brown L.L., Gallop R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 62(4):409-16. doi: 10.1001/archpsyc.62.4.409.
 6. World Health Organization, Regional Office for Europe. (2015). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. *World Health Organization*. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175672/9789289050951-eng.pdf>.
 7. Desiree B. Oosterbaan, Marc J. P. M. Verbraak, Berend Terluin, Adriaan W. Hoogendoorn, Wouter J. Peyrot, Anna Muntingh and Anton J. L. M. van Balkom. (2013). Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial, *The British Journal of Psychiatry* (2013) 203, 132-139. doi: 10.1192/bjp.bp.112.125211. Epub 2013 Jun 20.
 8. Chiri L.R., Menchetti M., Fioritti A., Berardi D. (2016). Il ruolo dello psicologo nella Casa della Salute. *Intercettazione precoce del disagio psichico*. *Sestante*; 2:46-48.
 9. NCCMH (National Collaborative Centre for Mental Health) (2021). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. London: National Collaborating Centre for Mental Health, 2020, Version 5. www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/the-iapt-manual-v5.pdf
 10. Ministero della Salute Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) n.77 del 23/5/22, DGR Lombardia n.XI/6760 del 25/7/22.
 11. NICE – National Institute For Health And Clinical Excellence (2011/2022). Management in primary, secondary and community care. *NICE Clinical Guideline*, 22.
 12. American Psychiatric Association (2021). What are anxiety disorders? (www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders).
 13. American Psychiatric Association (2020). *Clinical Practice Guidelines* (www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines).
 14. Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247–255. <http://doi.org/10.1080/jmh.9.3.247.255>.
 15. Achenbach T.M. Rescorla L.A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms & profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, Burlington, VT.
 16. Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
 17. Beck, A.T., Steer R.A., Gregory B.K. (1996). *BDI-II Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
 18. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., Löwe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 22;166(10):1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
 19. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., and Jacobs, G. A. (1983). *Manual of the State-Trait Anxiety Inventory*. United States: Palo Alto.
 20. Barratt, E.S. (1994). Impulsiveness and Aggression. In Monahan, J. and H. J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* (pp. 61-79). University of Chicago Press, Chicago, IL.
 21. Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
 22. Weiss D. S., Marmar C. R. (1997). "The impact of event scale-revised" in *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. eds Wilson J. P., Keane T. M. (New York: Guilford Press;). 399–341.
 23. Cuijpers P., Karyotaki E., de Wit L. et al. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30, 3: 279-293. Doi:10.1080/10503307.2019.1649732.
 24. Varga A., Czeglédi E., Tóth M.D., Purebl G. (2022). Effectiveness of iFightDepression® online guided self-help tool in depression - A pilot study. *J Telemed Telecare*. doi: 10.1177/1357633X221084584. Epub ahead of print.
 25. Venturi I.M., (2019). *Trattamento dei Disturbi Emotivi Comuni*, Franco Angeli Editore.
 26. Padesky C.A., Greenberger D., (2022). *Penso, dunque mi sento meglio. Esercizi cognitivi per problemi di ansia, depressione, colpa, vergogna e rabbia*, Erickson Editore.
 27. World Health Organization, Problem Management Plus (2018), WHO Publications. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-18.5>.
 28. World Health Organization, Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression (2016), WHO and Columbia University, WHO Publications. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-16.4>.
 29. Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per Psicologi, Report del Progetto: "Vivere Meglio. Promuovere l'accesso alle terapie psicologiche per ansia e depressione" https://www.enpap.it/doc/borse_lavoro/ReportVivereMeglio_maggio2023.pdf.
 30. Fazzini H., (2024). Il trattamento dei Disturbi Emotivi Comuni nell'ambito della Medicina Generale. Il polo DEC di Introbio, Tesi del Corso triennale di formazione specifica in Medicina generale, Polis Lombardia.



Theory of Practice

Changing emotion with emotion

LESLIE GREENBERG

Department of Psychology, York University, Toronto, Canada

ABSTRACT

In this paper, an Emotion-focused theoretical framework of human functioning and therapy based on the primacy of affect is presented. Most clients seek therapy for emotional difficulties. They are feeling bad about themselves or are in emotional distress in relationships. They have difficulties dealing with painful core emotions such as fear, shame, and sadness or regulating symptomatic emotions like panic and rage. Emotion-focused therapy is a way to work directly with emotions by accessing them in therapy and by changing emotion with emotion.

Keywords

Emotion, Transformation, Pain, Emotion schemes, Emotion assessment.

ABSTRACT in ITALIANO

In questo articolo viene presentato un quadro teorico del funzionamento umano e della terapia basato sulla centralità delle emozioni. La maggior parte dei pazienti cerca una terapia per difficoltà di natura emotiva: si sentono male con sé stessi o sperimentano sofferenza emotiva nelle relazioni. Hanno difficoltà a gestire emozioni profonde e dolorose come la paura, la vergogna e la tristezza, oppure a regolare emozioni sintomatiche come il panico e la rabbia. La terapia focalizzata sulle emozioni offre un approccio che lavora direttamente sulle emozioni, consentendo ai pazienti di accedervi durante la terapia e di modificarle attraverso altre emozioni.

Parole Chiave

Emozione, Trasformazione, Dolore, Schemi emotivi, Valutazione delle emozioni.

INTRODUCTION

In this paper, I will lay out an Emotion-focused theoretical framework of human functioning and therapy based on the primacy of affect [1,2]. Most individuals seek therapy for emotional difficulties. They

are feeling bad about themselves or are in emotional distress in relationships. They have difficulties dealing with painful core emotions, such as fear, shame, and sadness or regulating symptomatic emotions like panic and rage. Difficulties with emotion lie at the core of many mental health

Citation:

Greenberg, L. (2025). Changing emotion with emotion. Phenomena Journal, 7(1), 10-19. DOI:10.32069/PJ.2021.2.239

Editor in Chief:

Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Corresponding Author: Leslie Greenberg, MD;
e-mail: lgrnberg@yorku.ca

Submitted: December 11, 2024

Accepted: March 5, 2025

Published: March 14, 2025

disorders (depression, anxiety, PTSD, BPD, eating disorders).

There is an increasing emphasis on emotions in psychotherapy, with a growing recognition of emotion as the root cause of dysfunction. The aim of therapy, then, is to correct emotional processing difficulties. In this view, when people are able to process their emotions, they won't have disorders. This also emphasizes commonalities across disorders rather than their differences and suggests a trans-diagnostic treatment applicable across all disorders.

Emotional processing is considered a broad approach to managing emotions, but its exact nature remains largely undefined. We, however, have developed a measure of different emotion types and a measure of productive emotional processing [3,4] to specify the features of good emotional processing. In addition, we have specified the emotion-processing steps involved in the transformation of core painful emotions [3,5]. Both productive emotion processing and emotion transformation have been shown to be predictors of good outcomes.

What is emotion

Emotion refers to a complex state that results in physical and psychological changes that influence thought and behavior. Emotions were developed by evolution to provide action tendencies that promote survival and need or goal attainment. Frijda [6] has argued that what is most basic in human functioning is not the feeling of an emotion but rather modes of action readiness. At a neurological level, LeDoux [7] suggests that the most basic survival circuits mediate a coordinated set of adaptive brain and behavioral responses. Emotions do not exist in the brain as neurological entities with specific locations, nor are they simply feelings. Rather, they probably are hard-wired brain circuits for survival tendencies. Tendencies such as, defense against threat, or withdrawal from danger develop into basic emotions such as anger and fear. These brain circuits and their adaptive functions have been evolutionarily conserved across mammals, making them universal, unlike subjective emotional experiences. Therefore, when working

with emotions, how we name them and even how they feel may vary, but the action tendency remains the most fundamental and universal aspect.

At its core, emotion is connected to our most essential needs that have evolved to help us survive and thrive. Emotion rapidly alerts us to situations important to our well-being and prepares and guides us to take action towards meeting our needs. Emotion also sets a basic mode of processing in action [1,8]. It simultaneously provides information in the form of feelings about what is going on in the situation, in relation to needs, and communicates intentions to others. Our emotions give us feedback about our reactions to situations [2,9]. When fear is activated, it provides us with an action tendency to flee. We feel fear, which signals that we are in danger, and this initiates the fear-processing response. The appraisal of danger and the fear that is felt are not expressed in words; they are pre-symbolic, providing basic meaning based on a global apprehension of a meaningful pattern relevant to our well-being. Emotion differs from language-based thought in that it provides an orientation to the world and a felt referent, which requires further processing to become explicit meaning. Feelings tell us about opportunities, give us feedback on the effects of our responses, and guide us toward adaptive behaviors. Feelings guide us in unpredictable or uncertain situations. We feel our way through life's unpredictable situations.

Infants come into the world with a set of evolutionarily derived affective-psycho-motor programs (emotions) that come online at different ages and promote survival. In addition, the brain can form neuronal networks — referred to as schemes — and construct narratives that organize experiences into sequences and give them purpose. Schemes are internal, meaning-making organizations that encode lived experience in memory. The brain also has the innate capacity to both preverbally and verbally create meaning in narratives that have beginnings, middles and ends, agents, actions, and intentions. These innate capacities are developed evolutionarily, over time, to promote survival and growth.

In this view, the pursuit of life is based on feeling. Feelings are the subjective experience of the state of life. The complete absence of feeling would spell a suspension of being. A life not felt would not know what it needs and would need no actions for what ails it [10]. Experience is the fluctuating pulse of feeling in response to moving through the world, as we assess whether things align with our expectations and attempt to bridge the gap when they don't. Feelings provide sensory information to guide us moment by moment, and they do so without speaking a word. Feelings inform the organism of the degrees of organismic regulation, and emotions provide the action tendencies to meet needs.

Essentially, emotions tell us what is good or bad for us and whether things are going our way through feeling them. The goodness or badness of a feeling tells us whether an underlying need is satisfied. Different emotions provide different feelings. There are different kinds of pleasure and unpleasure related to different feelings. Separation distress feels different from fear of danger, and the shame of humiliation feels different from anger at violation. These all feel bad in different ways. A feeling of missing a loved one is not the same bodily feeling as resentment towards a loved one. In addition, different emotions compel us to do different things, to alleviate the bad feelings and to satisfy the different unmet needs of which the emotion is informing us.

Emotion schemes

While basic emotions are innate, emotion schemes are learned, arising from our past experiences. Emotion schemes are mental organizations consisting of complex affective/cognitive networks [1,11] that are formed from lived emotional experiences. They are action and experience-producing structures and differ from cognitive schemas, which produce beliefs in language. Infants come into the world with rudimentary psycho-affective motor programs to aid survival, and from these and our inborn biases and preferences, people begin to build their experience of the world. We do not learn how to be angry or how to be sad – these are hard-wired – but what we become angry

at, or what we become sad about, is a function of learning. What we learn is then formed into emotion schemes, and these, when later activated, produce emotional experience. Activated emotion schemes are synthesized into higher level self-organizations, such as feeling worthless or feeling insecure, and these are the target of therapy.

Emotion schemes are, therefore, memory structures that synthesize affective, cognitive, and behavioral elements in a quick and automatic way, related to implicit, unconscious, and idiosyncratic mechanisms, thus forming the basis for the organization of the self. Once something important happens to the organism, an emotion scheme with specific meanings is likely to be constructed. When present cues, situations or meanings are close to the one's that happened in the past, emotion schemes are activated and generate emotions, producing an experiential state. Often, when we talk about accessing emotion, we mean activating experience related to emotion-laden memory. It is unusual for many clients to feel purely sad or angry; rather, they feel highly refined and complex emotional states like "being thrown on the dump heap" when rejected or "adrift at sea in a rudderless boat" when having lost a sense of direction. So, when we say accessing fear, sadness, or anger, we often mean accessing an unprocessed, complex set of feelings related to early experiences.

Emotion and meaning in psychotherapy

People have two general purpose systems that support their basic survival and growth motivation and provide the material for psychotherapeutic work. In EFT, we work with an emotion system that evolved evolutionarily to achieve the aim of emotions survival, and a narrative meaning-making system which makes distinctions and creates narratives to enhance adaptation. These two systems provide us with two forms of knowing. One explicit form is driven by conceptual processing, and another is a more holistic, implicit, or intuitive form of experiential knowing provided by the synthesis of emotion schemes. In therapy, we promote the interaction of these two systems to create, moment by

moment, the self we are about to become. In this process, activated schemes synthesize to form operating self-organizations, which provide the feeling of what is happening and give a person an embodied sense of self in a situation that can be attended to. Therapy works to guide people's attention to their bodily feelings in order to make sense of them and symbolize them in words. Conceptual processing then makes sense of feeling, ultimately in narrative form. The process of making sense of emotion is a constructive one. What we feel is constructed from basic constituents and is not yet an emotion until it is symbolized in awareness. In this process, how one symbolizes and stories what is felt and this helps create what the feeling becomes. The bodily felt sense constrains but does not determine what is felt. Therefore, we are constantly in the process of creating the self we are about to become by how we make sense of our feelings. Our symbolizations create our self-concept, our beliefs, and ultimately our narratives, and if these draw significantly on our experience, we are integrated beings; if not, problems arise. Life, therefore, is a process of living at the interface of biology and culture, integrating head and heart, emotion and reason, affect and language, and conceptual and experiential processing to live as effectively as possible.

Process outcome research

I followed a research program designed to test the process of change in EFT and the efficacy of the treatment. The result of at least 30 years of process research at York University can be summarized as follows. We demonstrated that **moderate to highly aroused emotions** that are **deeply experienced** and reflected on in order to **make narrative sense** in the context of an **empathically attuned** relationship with a **good working alliance** with a therapist who **is present** predicts therapeutic outcome. Each statement in bold represents a measured variable. These findings support the EFT hypothesis that activating emotion and reflecting on it to make sense of it in the context of a good relationship is a primary mechanism of therapeutic change. This view of emotional change differs from cathartic theories of getting rid of emotion, downregulating theories

of managing emotion, insight theories of understanding emotion, and acceptance theories of simply experiencing emotions. Rather, change occurs by arousing previously disowned painful emotions and bringing cognition to bear on emotion to make sense of it. Change thus involves making sense of activated emotion.

Having gathered empirical support for the hypothesis that arousal and making sense of emotion predict outcome, we engaged in a further decade of research to develop a more differentiated understanding of the change process. We found that it is was the **productive processing** of moderately aroused primary emotions [4] plus a **particular sequence of emotion** processing [3,5] that predicted outcome. Productive emotional processing involves being in contact with and mindfully aware of emotion by attending, symbolizing, congruently expressing, accepting, and having a sense of agency, regulating, and differentiating emotion. The sequence involved moving from secondary symptomatic to primary maladaptive to adaptive emotions. All this emotion processing occurred in the context of the previously empirically validated empathically attuned relationship with a good working alliance with a therapist who is present [3,5].

Emotion focused practice

EFT practice is made up of a combination of relationship and work. We adopt an approach that combines relationship and work. It is based on the therapist's presence, empathy, acceptance, and genuineness [12], and the work [13,14] consists of a set of marker-guided interventions such as two-chair dialogue for splits, focusing for an unclear felt sense [15], and empty chair dialogue for unfinished business. The whole approach thus can be thought of as involving islands of work in an ocean of empathy where therapists keep their fingers on the client's emotional pulse moment by moment and engage the client in particular types of sessions of work when markers, which offer opportunities for different types of interventions, arise. There are, in addition, four main compasses that guide the practice of EFT. The four areas in which the therapist needs to be knowledgeable to steer the therapy in productive directions are: emotion assessment,

case formulation, principles of emotional change, and markers and tasks. These are described below.

Emotion assessment

In EFT, we understand emotions in terms of depth and sequence. We perceive emotions as operating on different levels, with secondary emotions appearing at the surface and primary emotions lying deeper beneath them. Additionally, emotions can occur in sequences, where a secondary emotion may come before a primary one. The type of emotion being expressed and its sequence are important. Since emotion is a process, it is crucial to consider not only which emotion is being expressed but also the order in which emotions unfold.

Seeing clients as having underlying emotions (implicit) helps guide therapists' responses. EFT distinguishes four types of emotional responses [16,17]. Primary adaptive emotion responses are peoples' first, natural reactions to the current situation that help them take appropriate action. For example, if a person is being violated by someone, anger is an adaptive response because it helps the person to take assertive action to end the violation; sadness, on the other hand, indicates loss and motivates the need for connection. Primary maladaptive emotion responses are also initial, direct reactions to situations; however, they involve overlearned responses based on previous, often traumatic, experiences. For example, someone who was abused as a child might have a fear response to closeness. Secondary reactive emotional responses are reactions to more primary emotional responses (and they obscure the primary responses). For example, people often express secondary anger when primarily hurt. Finally, instrumental emotion responses are strategic displays of an emotion for their intended effect on others, such as crying "crocodile tears" (instrumental sadness) to gain sympathy. Therapists are constantly assessing emotion types, and this guides their responses in their efforts to help clients move from secondary to more primary emotions and to help access adaptive emotions to change maladaptive emotions.

The manner of processing emotion is also important. We have further distin-

guished between productive and unproductive manners of processing emotion. For a client's emotional process to be considered productive, the client has to first be experiencing a primary emotion in a contactfully aware manner. Contactful awareness is defined by seven criteria, all of which have to be more present than not for a client's emotional experience to qualify as productive. These are:

- 1) Attending: On the most basic level, the client has to be aware of the activated primary emotion and attend to it.
- 2) Symbolization: Once a physical or emotional reaction is felt in awareness, it has to be symbolized in words to be able to fully comprehend its meaning, i.e. the client has to name his or her emotional reaction in words or engage in the process of symbolizing it.
- 3) Congruence: The clients' verbally symbolized emotional experience, and the nonverbal emotional expression, have to be congruent what is said and felt need to match.
- 4) Acceptance: Acceptance refers to the stance the client takes towards his or her emotional experience. In order to become fully aware of and gain full access to primary emotional experiences, a client has to accept both the emotion and the emotion.
- 5) Agency: Agency refers to the stance clients take towards the generation of their emotional experience. Clients have to take responsibility for the emotion as opposed to taking the stance of a passive victim.
- 6) Regulation: The activated emotional experience has to be sufficiently regulated so that it is not overwhelming. This involves emotional arousal at a level at which the client is able to cognitively orient towards the emotion as information, thus allowing for an integration of cognition and affect.
- 7) Differentiation: Finally, a client's primary emotional expression has to become differentiated over time, and the client should not be stuck in the same emotion. The client verbally differenti-

ates an initial emotional reaction into more complex feelings or meanings or into a sequence of other feelings or meanings or that new feelings or aspects of the feeling emerge.

It thus is not just about accepting, exposing, interpreting, understanding, or modifying emotion; rather, as I have said, it is depth and sequence that are key in understanding emotional change. We have found that the sequence:

Secondary → Primary maladaptive → Primary Adaptive emotion is key in change. It's not just accept, expose, interpret, understand or modify. Rather, it is a sequence such as feeling secondary symptomatic hopelessness, moving to underlying maladaptive shame of worthlessness, and finally to adaptive assertive anger [3,5] that is change producing.

In therapy, we help clients first to arrive at emotion. This is done by them approaching and becoming aware of emotion as well as regulating, tolerating, accepting, and symbolizing emotion. Some of the adages to help convey the importance to clients of allowing and accepting emotions are "You have to feel it to heal it", "You have to arrive at a place before you can leave it", and "The only way out is through". So, clients need not only to accept emotions but also to leave emotions. This is done by transforming that which is maladaptive by generating opposing adaptive emotional responses and by constructing new narratives to create new meanings. This will be discussed further below under the principles of emotional change.

Principles of emotional change

Six principles of working with emotion have been articulated to guide therapists in how to work with emotion. The first is increasing emotional awareness and symbolization in the context of salient personal stories. Here, the therapist helps clients symbolize their emotional experience in awareness in order to make sense of it. The most basic process involves being able to name what am I feeling. Spinoza articulated early on that an emotion, which is a passion, ceases to be a passion (something that we are passive in relation to) as soon as we form a clear and distinct idea of it.

[18]. He offers that when the mind knows a painful emotion such as sadness or grief, its activity of knowing signals an increase of power, which generates a feeling of joy. Spinoza is suggesting here that putting emotions into words makes us agents in our lives and that understanding is inherently joyful.

We use the Experiencing Scale (EXP) to code the degree of symbolization of bodily felt experience, hoping to facilitate a marked shift inward with a focus on the exploration of feelings and internal experiences. At Level 4, clients are in direct contact with their fluid experience and speak 'from' it as opposed to 'about' it. Questions about experience and the self are raised and explored from an internal perspective. Newly realized feelings and experiences are integrated and explored to produce personally meaningful constructions and resolve issues. Shifts and new understandings in one particular area of experience are broadened to a wider range of experiences, giving clarity and meaning.

The second principle is expressing emotion. Expressing differs from awareness. Awareness is a form of knowing, and expression is a form of doing. Expressing changes the self and changes interactions both by mobilizing and revealing self. It overcomes control and inhibition and promotes the completion of expression. In addition, neuro-chemical changes occur. The brain codes what the body does, and new experiences lay down new pathways. Imagery and psycho-dramatic enactments promote psychological contact and a dialectical process between different aspects of experience. Two parts in contact create a sense of connection between different parts of self or contact with a bodily referent. Contact is a form of experience and form a figure against a background. Tasting the raisin and smelling the coffee are contactful experiences and differ from being aware. Contact with another person involves a sense of being with rather than apart (interpersonal).

It is the disowning of experience, disclaiming the action tendency and experience as not me, not the not acknowledging of something that is dysfunctional. I know that I'm afraid or ashamed but not be experiencing it. Therapy involves reclaiming experience and owning it as my

own. Expressing is measured by the expressed arousal scale [19], which measures the degree of emotional arousal expressed. It ranges from a Level 1, in which the person does not express emotions in voice or gestures, to a Level 4, in which arousal is moderate in voice and body, and emotional voice is present, but arousal is still somewhat restricted. At Level 6, arousal is very intense and extremely full, and the person freely expresses emotion with voice and body. At Level 7, arousal is extremely intense and full, and there is a complete disruption of speech, uncontrollable, and this is viewed as dysregulated.

We also measure vocal quality, which includes four main voices. An external voice which is like a lecturing tone, and it feels you are being talked at. A focused voice in which the clinical picture is the client who has turned eyeballs inwards and is searching for words based on a bodily felt sense. With a limited voice, the clinical picture is someone who is fragile and wary, and the voice is thin, wispy, and low energy. An emotional voice involves the voice breaking its normal platform, and one hears the emotion in the voice.

Two more principles concern the modulation and the understanding of emotion. The third modulation-related principle involves enhancing emotion regulation. There, however, are two forms of regulation: explicit and implicit regulation. Explicit regulation involves managing emotions once they have been activated and involves the use of deliberate cerebral capacities to contain and regulate maladaptive amygdala reactions (especially fear, rage, and shame). The other is implicit regulation, which can be developed by internalizing the empathic soothing of the therapist and by the facilitation of compassion for the self so that emotion becomes moderated at the source. This is often referred to as developing affect regulation and is helped by the development of a secure attachment bond.

The fourth principle is reflection on emotion. This involves understanding and making sense of experience. Dis-embedding from an experience enables one to take an observer's perspective to reflect on rather than react to experience. This involves the creation of new meaning and developing

insight, seeing patterns, understanding in a new way, and new narrative construction.

The final principles involve the transformation of maladaptive emotions. We need to help clients not only accept but also change what they feel. The final two transformation principles specify how to change emotion with a new emotional experience. The two processes are: changing emotion with emotion from within and changing emotion with new interpersonal experience. In changing emotion with new emotions from within alternate self-organizations, a new set of emotion schematic memories or 'voices' in the personality, based on primary adaptive emotions, are accessed by attentional re-allocation or focusing on a new need/goal. Changing emotions with new interpersonal experience, on the other hand, involves having a new lived experience with another person – in this case, the therapist. This provides a corrective emotional experience that disconfirms expected negative reactions and feelings. New success experience also provides new emotion, which changes old emotions.

Given that amygdala-based primary maladaptive emotions are impenetrable to reason, we need to generate alternate adaptive emotions to change emotions. Spinoza (1667) was the first to state this principle "An emotion cannot be restrained nor removed unless by an opposed and stronger emotion" [18] (p. 195). So, we need to start thinking about changing emotion with emotion. For example, we can change fear with anger, shame with self-compassion, sadness with anger, or with compassion, etc. This involves a process of transformation by synthesis.

Transformation by synthesis

Having arrived at a core, painful, maladaptive, primary emotion, therapists thus need to facilitate the activation of new, opposing, adaptive emotions. The best way to change an emotion is with an opposing and stronger emotion. Crucial to this is that the client must viscerally experience both the emotion to be changed and the new emotion, not just talk about them.

How does transformation work? Received views of emotional change all involve a notion of acceptance that feeling an emotion leads to its attenuation by some means, either by catharsis, completion, detachment, habituation, or extinction. But transformation works by a process of synthesis. Just as yellow and blue make green, so do opposing emotions synthesise to create a truly novel experience. For example, at a behavioural level, when the approach tendencies of assertive anger are coactivated with the withdrawal tendencies of shame, they synthesise to create a new state such as confidence, calm, or pride. At a neuronal level, as Hebb [20], one of the fathers of neuropsychology, stated, neurons that fire together wire together and continue to fire together. Schemes are neuronal networks, and when they are coactivated, synthesis through neural plasticity leads to change. This is development, not learning, and different pre-existing schemes integrate to form new schemes. Finally, transformation also involves the creation of new meaning and the consolidation of the emotional change in language and new narratives.

This view of change is supported by memory reconsolidation research, which shows that memories, when activated, are not fixed and, if confronted by contradictory information, have a high probability of incorporating some of the new information into the memory so that a changed memory goes back into storage. Our experience of the past thus can be changed by a process of memory reconsolidation. So, in therapy, an emotion schematic memory needs to be activated, and sometime in the session, a number of minutes after activation of the painful memory, a new emotional experience, relevant to the memory experience, is evoked. This process, ideally, is repeated in the session. The transformed memory then is consolidated with sleep. Possibly, homework can be given to practice the new experience in the context of old experience.

It is important to note that transformation differs from extinction by exposure. Transformation is not the mere reduction of the negative affect of symptomatic emotions. Transformation rather involves acceptance, making sense of emotion

and change by synthesis. In transformation, the experience and expression of primary emotion is activated (maladaptive and adaptive) rather than extinguishing symptomatic emotions. Transformation is not a mere reduction of negative affect. Modification-oriented emotion processing theories are often focused on reducing secondary, symptomatic emotions. Transformation involves acceptance, making sense of emotion and change by synthesis. Therefore, it involves enhancing the experience and expression of primary emotion (maladaptive and adaptive) rather than extinction or habituation, often of symptomatic secondary emotion. Finally, transformation also involves the creation of new meaning by bringing cognition to emotion as a means of making sense of emotion and consolidating change in new narratives.

How to access new emotion

With the emphasis placed on changing emotion with emotion, the question arises as to how the therapist facilitates the activation of new emotions. A few methods will be discussed below, and these and others have been elaborated elsewhere [2,17].

Empathic attunement to affect is a baseline process that helps clients access new feelings. In addition to empathy, therapists can help clients access new subdominant emotions occurring in the present by shifting attention to emotions that are currently being expressed but are only on the periphery of a client's awareness. This helps clients become reorganized by the newly attended emotion.

A key means of activating a new emotion is focusing on what is needed [1,2]. The essence of this process is that when clients' core maladaptive emotions—such as fear, shame, or sadness—are accessed, their core needs for connection and validation are mobilized. If clients can be helped to feel deserving of these previously unmet needs, a more adaptive emotion related to their needs not being met is automatically generated by the emotional brain. Thus, when clients feel validated that they deserve to be loved or valued, the emotional system automatically appraises that needs were not met and generates either

anger at having been unfairly treated or sadness and having missed the opportunity of having one's needs met. These new adaptive feelings become a new response to the old situation and act to undo the more maladaptive feelings. The result is an implicit refutation of the sense that the person does not deserve love, respect, and connection. The opposition of the two experiences, "I am not worthy or lovable" and "I deserve to be loved or respected," supported by adaptive anger or sadness, or self-compassion in response to the same evoking situation, produces a reorganization that undoes the maladaptive state and leads to a new self-organization. For example, accessing implicit adaptive anger at violation by a perpetrator can help change maladaptive fear in a trauma victim. When the tendency to run away in fear is transformed by anger's tendency to thrust forward, a new relational position of holding the abuser accountable for wrongdoing is formed.

Re-owning previously unmet emotional needs helps mobilize primary adaptive emotions, and so accessing needs is a powerful driver of new emotion. The emotional brain appraises situations in relation to needs. When people feel they deserve to have a need met, the emotional brain appraises it as not being met and generates adaptive anger, sadness, or compassion. These new adaptive emotions that help transform the old maladaptive emotions are either those the client was never able to experience in the past or are new current emotions in response to what happened. These processes occur at a procedural level, and so one emotion follows another automatically.

When to change emotion with emotion

The question, however, now arises as to when therapists need to help change emotion with emotion. The marker for this process is when the client has arrived at a core painful, primary, maladaptive emotion at moderate to high arousal, and there is a sense of anguish and familiar despair about the suffering. We have found that the three main painful emotions that benefit from this change process are underlying primary maladaptive fear, sadness, and shame. Primary fear occurs in

two types. Fear type 1 involves fear of danger (trauma), where the person runs away from the stimulus, and fear type 2 involves fear of separation, where the person runs toward the stimulus. The client here feels like a child, unprotected and scared, afraid and alone in the woods. Primary sadness, on the other hand, is the sadness of lonely abandonment and differs from fear in that it is more about loneliness than danger. Here, the client feels like a child crying out for comfort, alone in the attic in a soiled diaper, and no one comes, leaving the child feeling abandoned and alone. Finally, primary shame involves feeling worthless and defective, like I'll never amount to anything.

We have found that fear shame and sadness are mainly transformed by assertive anger, the sadness of grief, and compassion for self [2] but any adaptive emotion will change a maladaptive emotion when the adaptive emotion comes from a feeling that one deserves to have one's need met which is facilitated by therapists validation of the need.

Case formulation

Formulation in EFT occurs mainly through therapists keeping their fingers on a client's emotional pulse. They listen for the most painful emotions that seem key to the client's suffering. The therapist's main concern, therefore, is one of following the client's process, identifying core pain, and responding to markers of current emotional concerns rather than trying to formulate a picture of the person's enduring personality, character dynamics, or a core relational pattern. At the center of case formulation is the idea of following the pain as it is a compass that will lead to clients' core concerns.

CONCLUSIONS

Work in EFT involves marker-guided, process-directive interventions. This involves a form of process diagnosis of different types of in-session problems that are opportunities for different types of interventions with the aim of accessing and transforming core, painful, maladaptive emotions. The importance of not only experiencing

and accepting emotion but also of changing emotion with emotion was discussed, and an explanation of how transformation occurs by synthesis was offered.

CONFLICT OF INTEREST

The author has no conflict of interest to declare.

BIBLIOGRAPHY

1. Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10447-000
2. Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd ed.). American Psychological Association. doi: 10.1037/14692-000
3. Herrmann, I. R., Greenberg, L. S., & Auszra, L. (2016). *Emotion Categories and Patterns of Change in Experiential Therapy for Depression*. *Psychotherapy Research*, 26, 178-195. doi: 10.1080/10503307.2014.958597
4. Auszra L, Greenberg, L & Herrmann, I. (2013). *Client Emotional Productivity – Optimal Client In-Session Emotional Processing in Experiential Therapy*. *Psychotherapy Research*, 23, 732-746. doi: 10.1080/10503307.2013.816882
5. Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. (2007). *Emotional processing in experiential therapy: Why the only way out is through*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 875-887. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.875.
6. Frijda, N. H. (2016). The evolutionary emergence of what we call "emotions". *Cognition and Emotion*, 30, 609-620. doi: 10.1080/02699931.2016.1145106
7. LeDoux J. (2012). *Rethinking the emotional brain*. *Neuron*, 73, 653-76. doi: 10.1016/j.neuron.2012.02.004. Erratum in: *Neuron* 2012, 73, 1052.
8. LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, NY: Simon & Schuster.
9. Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
10. Solms, M. (2021). *The Hidden Spring: A Journey to the Source of Consciousness*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
11. Oatley, K. (1992). *Best laid schemes: The psychology of emotions*. Cambridge: Cambridge University.
12. Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*, Vol. 3 (pp.184-256). New York, NY: McGraw Hill.
13. Perls, F. S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
14. Perls, F.S. (1973). *The Gestalt approach and eye witness to therapy*. Mountain View, CA: Science and Behavior Books.
15. Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*. Toronto: Bantam Books.
16. Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY: Guilford Press.
17. Greenberg, L. S. (2021). *Changing emotion with emotion: A practitioner's guide*. American Psychological Association. Doi: 10.1037/0000248-000
18. Spinoza, B. (1667). *Ethics (Part IV)*. New York, NY: Hafner Publishing Company.
19. Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (1999). *Client Emotional Arousal Scale-III*. Unpublished manuscript. York University.
20. Hebb, D. (1949). *The organization of behavior*. New York, NY: Wiley.



Opinion Article

Through the eyes of Gestalt therapy: The emergence of existential experience on the contact boundary

ANI RAINAULI

Caucasus University (CU), Tbilisi, Georgia

ABSTRACT

Existentialism, rooted deeply in philosophy, has significantly influenced therapeutic practices. Despite its relevance, recent research indicates a limited focus on existential topics in modern therapy, showing a gap in therapist training and readiness to address these concerns. Gestalt therapy focuses on the dynamic interaction between an individual and their environment and emphasizes the individual's presence here and now. From the very beginning, phenomenology and existentialism have been a big part of gestalt therapy, but modern research has not focused much on or explored the existing parallel. Clarkson's contract cycle of experience offers a tool to understand the interaction of an individual and environment, which can be an interesting tool to address existential concerns during gestalt therapy. The study demonstrates two case analyses to explore the experiences of two female clients, focusing on their encounters with existential concerns on the contact boundary. Through these cases, the paper examines how clients navigate the contact cycle of experience, highlighting the therapist's role in facilitating this process. Discussion emphasizes the dynamic nature of existential needs, asserting that they cannot simply fade into the background like other needs but require ongoing exploration. The paper underscores the gestalt therapist's role in supporting clients through these existential experiences, recognizing the therapist's genuine presence and readiness as crucial factors in facilitating the contact cycle. The emergence of existential experience on the contact boundary is a challenging yet transformative process. This paper demonstrates the importance of integrating more existentialism in Gestalt therapy and revisiting the tight connection between Gestalt therapy and existential therapy.

Keywords

Existentialism, Contact cycle of experience, Gestalt therapy, Existential experience, Contact boundary.

ABSTRACT in ITALIANO

L'esistenzialismo, radicato profondamente nella filosofia, ha influenzato significativamente le pratiche terapeutiche. Nonostante la sua rilevanza, ricerche recenti indicano una limitata attenzione ai temi esistenziali nella terapia moderna, indicando una lacuna nella formazione dei terapeuti e nella loro preparazione ad affrontare queste profonde preoccupazioni. La terapia della Gestalt si concentra sull'interazione dinamica tra l'individuo e il suo ambiente e sottolinea la presenza dell'individuo qui e ora. Fin dall'inizio, la fenomeno-

Citation: Rainauli, A. (2025). Through the eyes of Gestalt therapy: The emergence of existential experience on the contact boundary. *Phenomena Journal*, 7(1), 20-30. DOI: 10.32069/PJ.2021.2.225

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Corresponding Author: Ani Rainauli, MSc;
e-mail: anirainauli5@gmail.com

Submitted: June 7, 2024

Accepted: February 18, 2025

Published: March 14, 2025

logia e l'esistenzialismo sono stati una parte importante della terapia della Gestalt, ma la ricerca moderna non si è molto focalizzata sul confronto di queste. Il ciclo di contatto dell'esperienza di Clarkson offre uno strumento per comprendere l'interazione tra individuo e ambiente, che può essere uno strumento interessante per affrontare le preoccupazioni esistenziali durante la terapia della Gestalt. Questo studio utilizza due analisi di casi per esplorare le esperienze di due clienti donne, concentrandosi sui loro incontri con preoccupazioni esistenziali al confine di contatto. Attraverso questi casi, l'articolo esamina come le clienti navigano il ciclo di contatto dell'esperienza, evidenziando il ruolo del terapeuta nel facilitare questo processo. La discussione enfatizza la natura dinamica dei bisogni esistenziali, affermando che questi richiedono un'esplorazione continua e, non possono essere messi in secondo piano come altri bisogni. L'articolo enfatizza il ruolo del terapeuta della Gestalt nel sostenere i clienti attraverso queste esperienze esistenziali, riconoscendo la presenza genuina del terapeuta e la sua prontezza come fattori cruciali nel facilitare il ciclo di contatto. L'emergere dell'esperienza esistenziale al confine del contatto è un processo impegnativo ma trasformativo. Questo articolo dimostra l'importanza dell'integrare di più l'esistenzialismo nella terapia della Gestalt e di riesaminare la stretta connessione tra la terapia della Gestalt e la terapia esistenziale.

Parole Chiave

Esistenzialismo, Ciclo di contatto dell'esperienza, Terapia della Gestalt, Esperienza esistenziale, Confini del contatto.

INTRODUCTION

Existentialism in therapy

Existential topics have been discussed in Philosophy. Many key authors touched on and developed the theories around existentialism. Søren Kierkegaard's philosophy emphasizes owning the meaning and reality of one's life, creating that meaning, and taking responsibility for it [1]. Martin Heidegger [2] states that what matters is the meaningfulness of existence, and it truly can be experienced by *Dasein* – being present authentically and taking responsibility for choices and meaningfulness of life.

Specifically in therapy, existential topics were recognized and observed, also used as an approach to address the healing process by different authors like Viktor Frankl, or Irwin Yalom.

As Yalom [3] mentions, there is no specific definition or direction of existential therapy and the way it operates, but the most important detail surely remains – to unfold the existential concerns and bring them to awareness and acceptance. He also states that there are four major existential concerns: death, existential isolation, freedom/responsibility, and meaninglessness.

Finding meaning has always been at the center of existential philosophy. Importantly, Viktor Frankl reflects on this concept most significantly in his book *Man's Search for Meaning* [4], where he defines logotherapy and its connection to mean-

ingfulness. Specifically, giving subjective meaning to experiences and challenges, even traumatic ones, is key to healing.

Research shows that in modern therapy, only a few therapists focus on existential topics during the therapeutic process: 212 therapists were studied and concluded that they were not ready to face the existential concerns of clients, nor were they properly equipped to work on these topics in therapy [5].

Yalom, in his multiple books, also mentions that in many cases, therapists themselves are not ready to focus on these existential concerns; they become overwhelming in therapy, are never addressed, and are eventually avoided [3,6].

There is a growing need to address existential aspects during therapy, as existentialism is part of the human experience. An example of this growing need is existential empathy, a relatively new term that highlights how a therapist reflects on existential topics with a client and the level of presence, understanding, and acceptance it entails [7]. It is important to explore existentialism in Gestalt therapy as well.

Gestalt therapy and existentialism

First, Gestalt therapy explores the being of an individual here and now and understands the presence in the given reality, which also implies understanding the existence of an individual [8]. Gestalt therapy

has always been existential in its deeper understanding. Perls emphasizes this influence and highlights that “Gestalt therapy is one of the rebellious, humanistic, and existential forces of psychology... [9].”

Gestalt therapy not only explores the importance of the here and now in a phenomenological manner but also implies the existential aspect of individuals being in the here and now. Buber and Kaufmann [10] coined and developed the concept of human interaction and dialogue as fundamental to human existence, known as the ‘I-Thou’ relationship, which emphasizes reciprocity, empathy, presence, and commitment [10]. According to Gary Yontef [11], this interaction plays a crucial role in Gestalt therapy, where a significant amount of work is done through the immediate, here-and-now existential encounter between individuals. He also emphasizes the importance of this contact as one of the fundamental aspects of understanding another person’s existence and presence and achieving healing with it. Yontef also mentions relational Gestalt therapy, which is based on this existential aspect of encounter [11].

Different parts are pointed out as existential in Gestalt therapy: 1. Concrete experiences of an individual which manifest with different aspects, without an abstract understanding. 2. Uniqueness of an individual’s existential experience. 3. Responsibility the individual holds to create the life path and existential meaning [12].

Yontef points out that Gestalt therapy can be considered existential as it puts a lot of importance on taking responsibility for choice and creating one’s existence, starting from here and now [11].

Francesetti et al [13] had a precisely interesting perspective on understanding panic attacks and agoraphobia through intentionality and phenomenology, emphasizing loneliness and overexposure. This indicates that when a person experiences suffocation during agoraphobia, it is followed by the need to be accompanied by someone else. They feel abandoned without sufficient mediation, leading to panic when a person is left alone and overexposed to the world. Panic and agoraphobia can occur during adolescence when they experience separation from the familiar environment and move to unfamiliar circumstances [13]. Understand-

ing anxiety or panic attacks through loneliness surely demonstrates a bridge between existential and gestalt perspectives.

In contact with existential loneliness and death

Existential philosophers and therapists usually emphasize the idea of life’s finiteness. Yalom refers to death as an important encounter, as death anxiety usually lingers beyond awareness and affects one’s quality of life [3].

Rank [14,15] had already emphasized humanity’s profound struggle to come to terms with the loss of existence and the deep fear of death.

Yalom [3] differentiated interpersonal and existential isolation. Interpersonal isolation refers to the loneliness an individual feels while being isolated from people around them. At the same time, existential isolation is deeper and more complex. This time, an individual feels isolation from the world. Yalom refers to it as a “vale of loneliness” and usually death and freedom-responsibility will lead to this vale. The way Yalom reflects, all four existential concerns are intervened and present together in the background of human experience. Sometimes, one concern may be more prominent than another, but eventually, they are all connected. One concern can lead to exploring another more deeply. For example, an individual may experience the death of a loved one and feel unprotected in the world, which can eventually lead to existential isolation. This isolation, in turn, may prompt them to explore their personal responsibility in creating or reshaping the path of life. In many cases, after a loss, people tend to come to terms with their grief and also rediscover or refresh the meaning of life [3].

In this overview, we can generalize all four concerns as one *existential experience*, but in the given cases, both death and existential loneliness are more specifically outlined.

Contact cycle of experience

Until the contract cycle of experience is defined, it is important to outline the con-

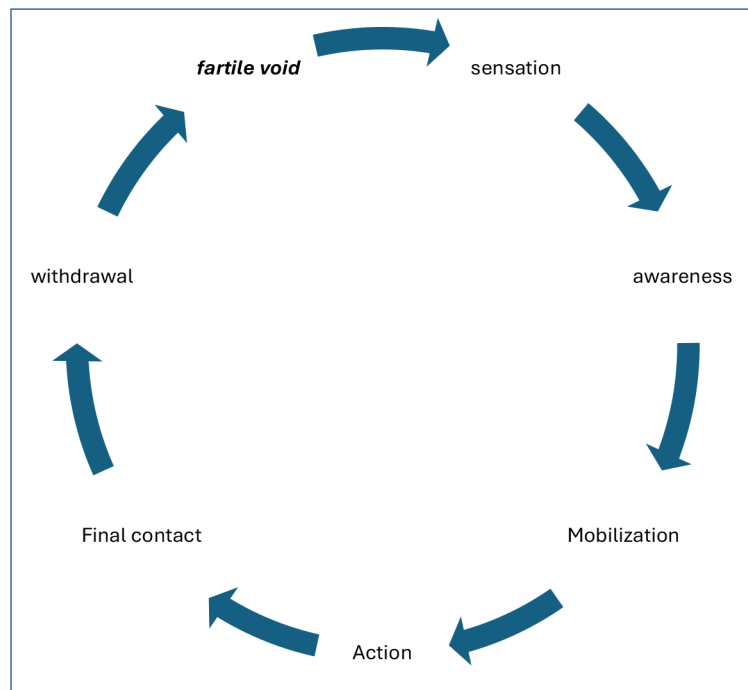


Figure 1. Clarkson's cycle of Gestalt formation and destruction.

tact boundary. In Gestalt therapy, the contact boundary is understood as the point where an individual is in dynamic contact with an environment. Polster and Polster define it as the moment when 'me' meets something that is not 'me,' and both sides are experienced [16].

The way to experience this contact can be understood as a cycle. The cycle is already mentioned in Perl's [17] work as a cycle of interdependency between organism and environment. This could be summarized as four phases: for contact, contact, final contact, and post-contact [18].

Later developments of these cycles belong to Zinker [19] as the awareness – excitement – contact cycle. He offers the following sequence of experience: sensation, awareness, mobilization, action, final contact, satisfaction, and withdrawal, (fertile void).

Figure 1 represents the other recent development of the contact cycle by Petruska Clarkson. This cycle represents a slightly moderated version of Gestalt formation and development. An organism goes through these experiences on the contact boundary to engage with the main figure/need (gestalt) in order to satisfy it. Once satisfied, the organism naturally withdraws and moves on to the next need [20].

Inhibition or restriction of contact can happen at any phase with different mechanisms and emotional/behavioral patterns. Interruption of contact is already identified by Perls [18] and described as the process of resistance when an organism diminishes the normal flow of emerged need/arousal. Resistance happens by different defense mechanisms which are originally identified by Perls as follows: deflection (redirecting focus/attention to something unrelated to the need), introjection (internalizing others' beliefs), confluence (merging with someone or with something), retroreflection (turning emotion/action inward, that is meant to be expressed), and desensitization (getting oneself numb, not to feel/sense anything).

It is worth mentioning that, in the same way as Perls mentioned contact and contact interruptions through defense mechanisms, Clarkson [20] also highlighted how a contact interruption can occur at each stage. For example, sensation can involve desensitization, where an individual numbs themselves, no longer sensing or feeling anything. It can also involve awareness, which may include deflection, where a person shifts attention to unrelated aspects of the main need or figure, or introjection, where an individual accepts others' beliefs without becoming aware of their own.

This article explores how an individual contacts existential concerns through the cycle of experience and how it can be used during therapy to address them. The given analysis will focus on the data and reflection on the therapeutic process and contact cycle of experience, specifically with Clarkson's model described above, through the lens of existential concerns (especially death anxiety and existential isolation), highlighting the subjective meaning-making process of this experience by clients. This overview will also signify the importance of addressing existential concerns during gestalt therapy and what type of means therapists can have to approach it.

METHODS

The methodology in this review is two case analyses, using the theory-building approach rather than conceptualizing a hypothesis, which could be rejected or confirmed later. According to Stiles Stiles [21], the theory-building method serves the enrichment or modification of existing theories and makes it possible to compare and observe through clinical cases. The sources of observation and case analysis are two female clients. The first client was in her 20s (referred to as Case 1), and the second client was in her 30s (referred to as Case 2). Regular weekly sessions were planned for each client. The first client went through six months of therapy, and the second client two months of therapy. Both experienced anxiety and occasional panic attacks. According to the DSM-5 diagnostic manual, the symptoms fall in the category of 300.1 (without agoraphobia) [22]. The focus of the analysis was their experiences when they touched or approached existential concerns, mainly death anxiety and loneliness.

The analysis of these cases is demonstrated:

1. In the form of a short background of the given client, describing a specific phase of therapy while they touched the existential concern.
2. In both cases, the verbatim is given to demonstrate the key extract moments of the therapy for comparison and analysis of the given question of this article.

3. A short comment from the therapist's perspective is provided.
4. A short analysis of the verbatim and specific moments of each client is provided.

The ethical considerations and confidentiality are strictly followed and mentioned in the last chapter.

RESULTS

Recognizing the existential experience in the contact cycle during therapy

These specific observations go along with Clarkson's Gestalt formation and destruction cycle, however, this time, they focus on the main open need (unresolved gestalt) – an existential concern. Observation of these two clients describes how an individual can get through the experience on the contact boundary of themselves and concrete reality – coming to terms with death/existential loneliness.

Case 1

A young woman in her 20s had been suffering from occasional panic attacks for years. Her panic attacks would start when she was afraid for her mental or physical well-being ("something is wrong with me."). She lived alone in a different country. After several months in sessions, she said that she feels angry at the universe, that she has panic attacks, and that it is an injustice from the side of the universe. She explained that her panic attacks were some universal causations of her actions in the past, especially in the sense that she was being punished and she was waiting for a sign from the universe that it was going to stop these attacks to find justice, but all the time coming to the idea that this was not happening, and panic attacks were always coming back torturing her. During the session, when she explored this deep feeling and hope that one day the universe will seek justice and save her, it started to shatter. Around three months of being in therapy, she got in touch with this feeling of injustice and lack of protection, and she finally let her emotions out and cried through her grief.

At this moment, she whispered that she wanted to make it work and understand her fears, especially the fear of being unsafe in the universe.

C: I feel my heart is racing. I do consider that my panic attacks are the result of universal causation. If I don't believe that there is a universal cause, then what's the point of all of this... This makes me panic.

*Th: Take a deep breath. I am here (pause).
(After a pause)*

Th: You feel like your panic attack is the result of universal causation?

C: Yes. The Universe gave me these attacks, maybe I did something that resulted in this panic attack... This will also mean the universe will have some justice and finally release me from these attacks.

Th: I see. (pause), How do you feel when you tell me this?

C: I feel like the universe will take care of me and finally save me. Otherwise, I will be so unprotected (voice cracks) ...(pause)

Th: I feel you. It can be so comforting sometimes knowing that we will be ultimately protected. I noticed that your eyes got teary, and your voice changed. How do you feel?

C: I feel sad, heaviness... but at the same time, I am noticing that if the universe has all the causes and decisions, then I won't have any control...

Th: It feels like you are not in charge.

C: Yes, and at the same time it hurts so much that I am not protected, without any clearance and guarantee. (starts finally crying)

(I am leaning forward from the chair toward her, being there, staying with the pause and silence)

Th: (after minutes of pause) How do you feel?

C: (Pause) (whispers) All this time I thought that the universe was preparing some justice for me, but this is not hap-

pening, it surprisingly feels OK for me... if the universe does not have a plan for me, maybe I can understand my fears...I feel heavy and touched but liberated at the same time.

Th: where in your body is the sense of relief?

C: it's here (shows her chest), it's a bit lighter, with a bit of sadness. (smiles) I am so surprised that I cried so much, I could never think that I would cry in front of you.

Th: I am grateful that you shared your experience. (pause) If the universe had a chance to speak to you, what it would say?

C: (smiles) well... You are protected, all will turn out well, and you can understand your anxiety...

Th: could you please change "you" with "I" and say the same phrase?

C: (Smiles again) I am protected, all will turn out well and I can understand my anxiety.

Th: Thank you.

That was the first time she ever touched this topic in her life, and I sat with her in a moment of silence of uncertainty and fear. She was crying, and I was present in her crying and deep sorrow. I haven't said anything but with my whole heart and presence expressing my support, indicating that she was not alone there. Later, at the end of the therapy session, she mentioned that it could be her different perspective on her panic attacks and her life in general.

A short analysis of Case 1

It can be observed how an experience progresses through the cycle of different states, culminating in the final stages of existential experience. It begins with *sensation*, manifesting as panic attacks and physical discomfort. The awareness process includes some form of self-regulation, how she handles the moment in her own way, which involves externalizing responsibility on the "universe" for abandoning or punishing her. The *mobilization* process follows, with tension building up and moving her towards

better satisfying her needs. This leads to increased despair, feelings of unfairness, and a sense of being alone and helpless.

With the therapist's presence and genuine understanding of her existential stuckness, she finally connects with her sense of helplessness and an overwhelming lack of control. This therapeutic existential union of "here and now" gently lets her move forward. The *action* moment ensues, with emotions erupting as she confronts the reality of her beliefs and resistances (fear of being alone and unprotected). Overwhelmed by these emotions, she begins to recognize her role in the situation during the final contact and feels the heaviness. However, this time, she is not only with her therapist in the "here and now" but also with herself. She fears being alone in the vast universe, completely unsafe and unprotected, but the potential arises for her to experience a new horizon and meaning. She no longer views the universe as an outside force but experiences it as part of herself, regaining a sense of control and starting a new meaning-making process.

She then reaches *satisfaction* as the new experience gradually emerges. The intensity of emotions declines and is no longer shocking. She may experience self-support, accept support from the therapist, and stay with the heaviness of new responsibility while simultaneously gaining a new perspective and meaning of her anxiety. Finally, during the *withdrawal* phase, she engages more deeply with the new experience and becomes curious. At the end of the session, she mentioned being grateful for meeting her fear and the unexplored side of herself.

Case 2

The example of a young client who came to therapy after a sudden outburst of extreme panic attacks and extreme fear of developing a disease. Interestingly, this coincided with the situation of her former, very young patient at the health facility (where she worked as a nurse), who passed away from a sudden illness in terrible pain. She developed a strong connection with this patient and her passing was also a grief with the deep roots of grieving the idea of the cruelty of death and pain – an unavoidable

end. As Irwin Yalom put it very interestingly, sometimes, the grief of the death of loved ones simultaneously means the grief of my death or the idea of dying [3]. We started to explore the symptoms and the huge discomfort of these symptoms; she was willing to understand them and make sense of them. She was curious and scared at the same time. Each question would lead her to the confrontation of the fear of unfairness and cruelty of death, especially with pain. She started to confront this idea and express her anger and deep frustration, moving slowly to make sense of her experience through her body, grounding, breathing, and coming here and now. Together with the therapist, she was helping her to breathe out slowly, sometimes feeling stuck and uncertain.

There was one specific little episode around the 6th session, where she mentioned the passing of her severely sick young patient.

P: She passed away a month ago. I cared for her a lot. She was in pain, in a lot of pain...

Th: How do you feel when you talk about her?

P: I feel so angry (pause). I am so angry that this happens (starts crying) (pause). It is so unfair that something like this can happen to a young girl. Why is the world like this? It is so unfair...

Th: I am with you in this, the way it is (pause, I share this as I feel touched). Is there anything else that comes along?

P: Yes, I feel it is unfair, and I feel very angry. Also, I feel worried that there must be pain. The biggest fear I have about death is pain. What if something is wrong with me and I will also die a painful death? (voice changed, restlessness in body and hands is visible)...I fear that.

Th: It is something hard to stay with, isn't it? How do you feel now?

P: (pause) I feel worried, my heart is racing, and it's a bit hard to breathe.

Th: I am here. (leaning a bit forward) Is it possible for you to breathe in with your nose and breathe out from your mouth?

P: (Pause) Yes, it is a little hard, but I can do it.

Th: All right, take a breath the way you manage, focus on your body, your legs, your hands, and feel the presence and support of your body.

P: (pause) My heart is beating less, and breathing is better (pause). I still feel angry and unfair...

The confrontation with her deep concern is intense and overwhelming. The idea was not to reach the end or the relief; it was to make the initial encounter and support her in grasping her meaning at this stage or speaking up about her deepest fears in a safe environment. At the end of the session, she was surprised and confused that she spoke about all these and shared that she felt listened to and understood.

A short analysis of Case 2

The above case demonstrates that existential contact occurred in the early stages, where readiness was insufficient to progress to the final phases of the contact cycle. The mobilization phase, or action phase, towards existential angst required a certain emotional readiness and support or energy, which in this case was not yet present. The main need for her is to make her own sense of death and pain. She is becoming aware to satisfy somehow the need to understand it but still goes out and circles around the anger and frustration towards the “world” the way it is.

It may take more time, more processes, and other cycles for her to come to terms with the existential concerns of death and unprotectedness, in this case, from pain. Sometimes, small but steady steps are taken, eventually leading to walking in the new reality. Her emergence of the existential self is in the process of constantly moving along the contact boundary, lingering through her resistance to come to terms with it. Through the Gestalt therapy theory and Clarkson’s highlight of contact interruptions in the awareness stage she experienced deflection: fault and unfairness of the way the world is, not fully realizing that it is her need (at the same time projecting this onto the world) to make sense on her own “the way the world is.”

The therapist remained with her in this uncertainty and anger. She stayed in the stage between awareness and mobilization until the end of the therapy sessions, where readiness was building up to move to the next stage. However, there was no hurry or forcing involved.

At the beginning of therapy, it was winter, and she saw a huge tree in front of her, completely free from leaves. She noted that she knew the leaves would return when the season would change. Curiosity lingered beyond the pain she was experiencing. Considering she was only two months into therapy, she is somewhere in the process of giving new meaning to her existential experience through the cycle of ever-emerging existential needs.

DISCUSSION

The emergence of a new experience – an existential experience

In Gestalt therapy, when a particular need arises, or in more Gestalt terminology, when there is an unfinished Gestalt, bringing it into awareness and exploring that experience at different paces for everyone will eventually allow it to recede into the background, making room for another figure to emerge naturally. However, existential needs are more intricate and dynamic; they do not simply fade into the background like other needs. The sense of existence or meaningfulness is profoundly significant for a human being.

This deeply ingrained need to understand one’s existence consistently lingers in the background, manifesting itself in various ways and forms, encountering various types of resistance. In the two cases presented, the resistance to existential concerns could occur at any stage. It could manifest through changes in bodily sensations, seemingly unrelated anxieties, profound sadness, or other emotional/behavioral expressions. In the instances described, clients exhibited panic attacks triggered by the notion that something might be wrong with them, either mentally or physically.

There is an undeniable importance to addressing the figure of existence, it can

never truly fall into the background because hardly loses the figure position, it is mainly actual, a person learns to come to terms with it, sit with it, and become aware of it but it will not resolve or finish, it is a dynamic process and along with 'self' it evolves in its complex dynamics.

Coming to terms with and truly becoming aware of existentialism in our lives, Yalom [3] refers to it as an awakening. Considering the above-mentioned cases, clients may unexpectedly encounter existential concerns. They serve as any other need or unfinished gestalt that goes through the cycle of experience to somehow elaborate on it, understand it, and eventually assimilate it.

Existential experience can have different contact phases and can be resisted at any phase. A client can go through the whole cycle during one session (like the client in the first case did) or continuously go on with these experiences during the full therapy term; for example, work on only one phase of the cycle at once, like it was represented in the second case. The second client worked a lot on the phases of awareness/mobilization and stayed with this confusion a bit longer not yet reaching the later phases.

The new experience of existentialism begins to emerge as soon as it comes into the patient's focus. The process of emergence is usually challenging, stretched out, complex, and sometimes associated with pain. In both cases, pain, confusion, and a sense of injustice were present. The fundamental questions might come along: Am I protected in the world? Am I alone with myself and my responsibilities? Are there things I can't change, like death or someone leaving?

All these profound existential questions evoke fear and anxiety, which, according to Gestalt theory, represent energy and arousal that can be inhibited through various patterns or circumstances [18]. As mentioned above, the phenomenological-Gestalt perspective highlights the profound need not to be left alone and unmediated in the world beyond panic attacks [13]. Through gradual encounters and therapeutic contact, this inhibition can be transformed and readjusted, stimulating a new meaning-making process, as exemplified in the first case, thereby making

it more bearable or bringing it closer, as demonstrated in the second case.

The emergence of a new existential experience could also be associated with a new facet of an individual, like a dynamic new "self" that delves into the deeper layers of consciousness, engaging with more complex topics of life and existence. Both clients mentioned had never encountered these questions before and had never reflected on them previously. In the first case, she noticed this shift and little change, as she articulated having a different perspective and a sense of relief, which was the important highlight of reaching assimilation. Whereas in the second case, meeting her existential 'self' was yet to come, there was more resistance in the form of anger and a sense of injustice (or, Gestalt terms, deflecting from the idea of "how the world is").

The existential experience in the form of a contact cycle on each step of it happens through the therapist's support and genuine presence, readiness to touch the overwhelming feeling of existential angst. There is no "solving" of existential concerns; they are there in the deep, waiting to be explored and felt, staying with it. Therapeutic contact and readiness are essential parts of how the client can go through the contact cycle with existential experience.

As demonstrated in two separate cases, which exhibited similar symptoms indicative of panic attacks with comparable existential significance, the existential experience may not always unfold linearly and may not necessarily align with the session format. The process of encountering existential concerns takes time and sometimes requires a prolonged period of being deeply present with feelings of anger and profound frustration. The existential experience entails accepting the existential reality, understanding it, and ultimately seeking a new meaning or readjustment.

Experience of a Gestalt therapist being in contact with existential experience during therapy

As mentioned previously, therapists may encounter considerable challenges when addressing existential topics during therapy, such as feeling helpless or over-

whelmed. However, this may become their catalyst for embracing ambiguity or understanding existential concerns with their clients [23].

The second aspect concerning the presence and weight of these existential topics revolves around patience and the capacity to tolerate uncertainty and pain by therapists. The process may take time or be ambiguous. Therapists can be supporters and companions, not the solvers of this problem [24]. This process often entails profound grief, needing some time for resolution. Therapists can accompany clients through the cyclical nature of the existential experience, remaining deeply attuned to whatever arises in this fundamental aspect of human existence.

CONCLUSIONS

Considering all the results and discussions above, several important points were observed:

- Existential experience is a deep, complex type of need/Gestalt that requires more patience and understanding of its dynamics.
- In various forms, the existential experience can remain actual and, in the foreground, as it is a significant human need that is profoundly present.
- Existential experience can be potentially understood/interpreted through Clarkson's cycle of Gestalt formation and destruction.
- Existential experience can be resisted at any phase observed through Clarkson's model or follow the contact cycle according to the individual's readiness and proper therapeutic presence.
- Going through the existential experience following Clarkson's model can reach the emergence of the "existential self," which is a representation of an individual's subjective meaning in this process.
- Therapists can have a key role in the process of the existential experience of a client. Authentic deep presence,

readiness, patience, and acceptance of existential inevitability.

- Combining the existential and Gestalt perspectives during therapy might be helpful in grasping the complexity of the existential experience of a client.
- The new perspective has the potential for a deeper understanding and analysis of the existential experience through contact interruptions and defense mechanisms observed through the cycle of experience.

Recommendations, limitations, and ethical considerations

The given observation includes only two client cases and serves merely as an introduction to this new perspective, which can limit the deep understanding of existential resonance in Gestalt therapy. Future considerations and more complex observations will be needed to enrich the therapeutic work using both existential and Gestalt perspectives. Specifically, considering the depth of both Gestalt and existential theories, the future development and perspective of understanding the existential experience at the contact boundary can be explored through contact interruptions/defense mechanisms as well. This could be the next step for the continuation of this work.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

INFORMED CONSENT

Consent is officially provided by both clients. All information given above is previously agreed with clients and moderated/presented in a way that protects their privacy.

BIBLIOGRAPHY

1. Kierkegaard, S. (1959). *Either/or*. Garden City, N.Y.: Doubleday.
2. Heidegger, M. (1976). *Basic writings from Being and Time (1927) to The Task of Thinking (1964)*. New York: Harper & Row.
3. Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.
4. Frankl, V.E. (1959). *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press.

5. Hill, C.E. (2017). Therapists' perspectives about working with meaning in life in psychotherapy: A survey. *Counseling Psychology Quarterly*, 30(3), 373-391. <https://doi.org/10.1080/09515070.2016.1275525>.
6. Yalom, I.D. (2008). *Staring at the sun: Overcoming the terror of death*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
7. Vanhooren, S. (2022). Existential empathy: The challenge of 'being' in therapy. *Religions*, 13(8), 752. <https://doi.org/10.3390/rel13080752>.
8. Boris, G., Melo, A., & Moreira, V. (2017). Influence of phenomenology and existentialism in Gestalt therapy. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 34(4), 476-486. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000400004>.
9. Perls, F. (1977). Gestalt therapy and human potential. In S. John (Ed.), *Institute of Gestalt* (pp. 19-28). São Paulo: Summus.
10. Buber, M., & Kaufmann, W. (1970). *I and Thou*. New York, Charles Scribner's Sons.
11. Yontef, G. (1993). *Awareness, dialogue, and process: Essays on gestalt therapy*. New York: The Gestalt Journal Press.
12. Ginger, S. (1995). *Gestalt Therapy. The Art of Contact*. London: Karnac.
13. Francesetti, G., Alcaro, A., & Settanni, M. (2020). Panic disorder: attack of fear or acute attack of solitude? Convergences between affective neuroscience and phenomenological-Gestalt perspective. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23 (1), 77-87. doi: 10.4081/ripppo.2020.421.
14. Rank, O. (1932). *Art and Artist. Creative Urge and Personality Development*. New York: Knopf.
15. Rank, O. (1936). *Will Therapy: An Analysis of the Therapeutic Process in Terms of Relationship*. New York: Knopf.
16. Polster, E. and Polster, M. (1973). *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory and Practice*. New York: Vintage Books.
17. Perls, F.S. (1966). *Ego, hunger, and aggression; a revision of Freud's theory and method*. Orbit Graphic Arts.
18. Perls, F.S., Hefferline, R.E. and Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Dell, New York.
19. Zinker J. (1977). *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Vintage Books.
20. Clarkson, P. (1989). *Gestalt Counselling in Action*. London: Sage.
21. Stiles, W.B. (2017). Theory-building case studies. In D. Murphy (Ed.), *Counselling psychology: A textbook for learning and practice*, (pp. 439-453). Chichester: Wiley-Blackwell.
22. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
23. Vanhooren, S. (2022). Existential empathy: A necessary condition for posttraumatic growth and wisdom in clients and therapists. In M. Ferrari & M. Munroe (Eds.). *Post-traumatic growth to psychological well-being: Coping wisely with adversity* (pp. 225-244). Springer.
24. Spinelli, E. (2007). *Practicing existential psychotherapy: The relational world*. Sage Publications.



Articolo di opinione

Crisi climatica tra conseguenze emotive e sociali: un focus sui risvolti clinici-comunitari

MARIAROSARIA BIFULCO¹, OTTAVIO RAGOZZINO²

¹Università degli Studi di Napoli "Federico II", Napoli, Italia

²SiPGI – Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Napoli, Italia

ABSTRACT

La rivoluzione industriale ha generato profonde trasformazioni nello stile di vita e nelle abitudini di consumo degli individui, trasformazioni che hanno contribuito alla genesi della maggiore sfida per l'umanità, il cambiamento climatico. Questa si manifesta attraverso crisi ambientali e catastrofi naturali, minacciando sia la salute fisica che mentale delle persone. Le risposte emotive alla nuova consapevolezza, identificate come "stati psicoterratici", derivano dall'eco-esistenzialismo e richiedono un'analisi approfondita, oltre che soluzioni pratiche. Questa nuova gamma di emozioni specifiche è entrata nel mirino della nuova psicologia ambientale, la quale si impegna nella ricerca di strategie di coping, resilienza e riconnessione con la natura. Questo articolo esplora le implicazioni cliniche e sociali di tali reazioni emotive, offrendo spunti tanto sui neologismi contesto-specifici quanto sulle condizioni cliniche "classiche" che vanno lette in un particolare contesto di vita. A tali discorsi seguono prospettive per un trattamento terapeutico e un supporto comunitario mirati.

Parole Chiave

Cambiamento climatico, Stati psicoterratici, Ecopsicologia, Ecopsicoterapia, Ecoansia, Resilienza comunitaria, Tratti di personalità, Big five factors.

ABSTRACT in INGLESE

The Industrial Revolution has brought about profound changes in individuals' lifestyles and consumption habits, which have contributed to the most significant challenge facing humanity: climate change. This manifests through environmental crises and natural disasters, threatening both the physical and mental health of individuals. Emotional responses to this newfound awareness, identified as "psychoterratic states", stem from eco-existentialism and necessitate thorough analysis and practical solutions. This new range of specific emotions has come under the scrutiny of environmental psychology, which is dedicated to researching coping strategies, resilience, and reconnection with nature. This article explores the clinical and social implications of such emotional responses, providing insights into context-specific neologisms and 'classic' clinical conditions, which should be interpreted within a particular life context.

Citation: Bifulco, M., Ragozzino, O. (2025). Crisi climatica tra conseguenze emotive e sociali: un focus sui risvolti clinici-comunitari. *Phenomena Journal*, 7(1), 31-37. DOI: 10.32069/PJ.2021.2.227

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Mariarosaria Bifulco, MD;
e-mail: mariarosaria.bifulco@edu.unito.it

Ricevuto: 17 luglio 2024

Accettato: 18 febbraio 2025

Pubblicato: 14 marzo 2025

These discussions are followed by perspectives on targeted therapeutic interventions and community-based support.

Keywords

Climate change, Psychoterratic states, Ecopsychology, Ecopsychotherapy, Ecoanxiety, Community resilience, Personality traits, Big five factors.

INTRODUZIONE

A partire dalla seconda rivoluzione industriale, avvenuta intorno alla seconda metà del diciottesimo secolo, il mondo ha assistito a una reazione a catena, che ha portato a una serie di cambiamenti importanti circa lo stile di vita e le abitudini di consumo di tutte le classi, con differenze in modalità e tempistiche [1]. L'uomo, con la consapevolezza di essere capace di creare, ha iniziato così a sfruttare ciecamente le risorse naturali al fine di procurarsi quei beni e servizi artificiali di cui, ad oggi, non riesce a fare a meno.

L'epoca geologica attuale è stata denominata da Revkin [2] *Antropocene*, propriamente detta dal momento che, negli ultimi anni, le attività umane hanno causato cambiamenti nella struttura del territorio e nel clima, influenzando i processi geologici [3]. Nell'era dell'Antropocene il nuovo benessere raggiunto da una parte della popolazione si è rivelato ingenuo e momentaneo dal momento che ha posto l'uomo di fronte alla più complessa sfida del secolo: il cambiamento climatico.

Si vede, infatti, che sono passati quarantacinque anni dalla prima Conferenza mondiale sul cambiamento climatico, in cui si sono ampiamente discussi gli effetti dello sfruttamento delle risorse naturali sul clima e i problemi di salute legati all'inquinamento atmosferico e idrico, oltre che le conseguenze economiche su vasta scala dovute all'aumento delle temperature e alla scarsità di acqua e terreni fertili [1]. Tali problematiche ricadono sulla salute individuale e incombono su intere comunità, esponendole ad un ventaglio di rischi oggettivi e percepiti [3]; oggi, intere popolazioni soffrono di diverse malattie respiratorie e cardiache a causa della scarsa qualità dell'aria [4]. La mortalità legata al caldo tra le persone di età superiore ai 65 anni è aumentata, raggiungendo un record di 19.000 decessi nel 2018 [4]. Inoltre, i cambiamenti nei vari livelli del sistema climatico stanno causando danni alla nutrizione,

poiché possono ridurre i raccolti e la qualità del cibo, interrompere le catene di distribuzione [4] e, come conseguenza indiretta, portare a un aumento del costo della vita.

Ad oggi, sempre più persone rischiano di divenire vittime climatiche a causa di catastrofi naturali e forti disagi ambientali, con tutte le problematiche che ne derivano in termini di salute mentale, oltre che fisica, come disturbi depressivi, ansiosi e stress-correlati [3]. A tal proposito, Clayton et al [4] hanno condotto un'indagine sui sopravvissuti a calamità naturali, mettendo in rilievo che, in seguito all'uragano Katrina del 2005, almeno una persona su sei tra le vittime riportava sintomi associati al disturbo da stress post-traumatico [4]. In generale, il disturbo da stress post-traumatico emerge quando l'incolumità individuale viene gravemente minacciata [5] e risulta evidente che gli individui che affrontano eventi estremi o prolungati mostrano una maggiore suscettibilità allo sviluppo dei sintomi associati al PTSD [6].

Tuttavia, in un mondo interconnesso e costantemente aggiornato, i pericoli arrivano anche alla parte del mondo che, almeno per il momento, vive gli effetti più lievi della crisi climatica, rappresentati dalle reazioni della popolazione ai toni angosciosi e catastrofici utilizzati dai *mass media* quando trattano tale tema: infatti, «*le culture e le popolazioni occidentali generalmente non percepiscono gli effetti diretti delle mutazioni del clima [...] ma sono più permeabili agli effetti mediatici distopici*» [3] (pag. 68). Presentando senza filtri e con immagini crude il cambiamento climatico come un pericolo incombente e irrimediabile, fanno sì che gli individui si trovino ad esperire una serie di emozioni nuove e specifiche: gli stati psicoterratici [3,7].

Gli stati psicoterratici

Anni addietro, lo psicoanalista Harold Searles parlò di *senso di colleganza*, inteso

come il rapporto simbiotico tra uomo e ambiente che, oltre ad essere naturale, risulta protettivo nei confronti del senso di *solitudine esistenziale* [8]. Da questa riflessione si può avvalorare l'idea che l'essere umano risenta del decadimento ambientale non solo da un punto di vista di salute fisica, ma anche psichica ed emotiva: gli stati psicoterratici costituiscono la prova della naturale relazione tra uomo e Terra [3].

Gli stati psicoterratici e i nuovi disagi connessi al cambiamento climatico, hanno catturato l'attenzione di diversi studiosi, con la nascita di nuove discipline, in particolare l'eco psicologia e la psicologia ambientale. L'ecopsicologia si basa sull'idea che il legame tra l'essere umano e la natura abbia un impatto profondo sul piano psicologico, considera quindi il rapporto con l'ambiente naturale come un'interazione reciproca e significativa: in questa prospettiva si va oltre l'analisi tecnica dei problemi ambientali, cercando di capire in che modo l'allontanamento dalla natura contribuisca alla crisi ecologica [9].

La psicologia ambientale, d'altra parte, si concentra maggiormente sull'analisi degli effetti che specifiche condizioni ambientali esercitano sulle persone, esplorando come l'ambiente influisca sul comportamento e sullo stato mentale degli individui [10].

Si osserva come l'uomo, inteso in quanto essere che vive naturalmente sul pianeta Terra, risenta delle perdite naturali e dei cambiamenti nel proprio habitat: Albrecht [7] è il creatore del neologismo *solastalgia*, il quale termine abbraccia il senso di desolazione e smarrimento continui provati quando ci si interfaccia con gli inesorabili cambiamenti nel proprio ambiente di vita. Come l'autore stesso afferma⁷, la solastalgia può avere cause tanto naturali quanto artificiali (alluvioni, siccità, incendi, guerre...) e causa vero e proprio malessere in quanto stato cronico, sia intaccando il senso di identità individuale [7], sia ponendo l'uomo in una condizione di impotenza [3]. Inoltre, nonostante sia stato teorizzato come stato esistenziale dell'uomo in una condizione di continui cambiamenti distruttivi, la solastalgia può essere considerata come il precursore di disturbi psichici già riconosciuti [7]; difatti, nel 2015 la rivista *The Lancet* ha inserito la solastalgia tra gli impatti che il cambiamento climatico ha sulla salute mentale degli uomini [7].

Sulla stessa scia non si può non parlare della condizione di «*perdita di speranza, senso di impotenza, depressione, perdita di motivazione e annullamento di ogni senso di efficacia di fronte ai cambiamenti climatici*» [3] (pag. 79), che caratterizza lo stato di *ecoparalisi*: tipico di chi si rende conto della vastità del problema, senza avere a portata di mano una soluzione efficace [7]. A riprova di ciò, come sostiene Lertzman [11], la mancanza di azione non corrisponde ad apatia ma, al contrario, ad un carico emotivo sproporzionato rispetto alla capacità individuale e percepita di agire.

Tra gli antecedenti emotivi dello stato di *ecoparalisi*, sicuramente c'è uno stato di intensa paura, che si può manifestare con l'assenza di azione [8] e che, in termini di stati psicoterratici, si traduce in *global dread* [3,7]. Tale stato consiste in un'esperienza emotiva di terrore e angoscia relativa alla percezione di una catastrofe imminente [3]: come affermano Hickman et al [12], infatti, molti giovani trovano il futuro terrificante: ed è proprio in questo che consiste il terrore globale, nell'angoscia derivante da una minaccia continua per il proprio futuro [7].

Secondo quanto sostiene Albrecht [7], l'*ecoparalisi* è una possibile risposta ad un ulteriore stato psicoterratico: l'*ecoansia*.

L'*ecoansia* è ad oggi l'emozione ambientale più conosciuta a causa della sua diffusione, e viene definita come l'emozione che si prova in relazione ad eventi ambientali più ampi, ad esempio, la perdita di specie animali [7]. Innocenti [3] afferma che si tratta dello stato psicoterratico tipico di chi si interessa a tematiche ambientali ed è particolarmente coinvolto nella tutela dell'ambiente: è quindi comprensibile che si tratti dello stato emotivo tipico delle fasce più giovani della popolazione [3,7]. Inoltre, è importante notare come nella sua genesi giochi un ruolo fondamentale il mondo dell'informazione, che utilizza toni catastrofici senza abbinarvi adeguate spiegazioni o possibili consigli comportamentali in relazione al problema presentato [3]; ciò è stato ulteriormente avvalorato da uno studio di Lee e Lee [13], nel quale si dimostra che anche i giovani che non hanno fatto esperienza diretta di disastri naturali, mostrano livelli di stress elevati a causa delle notizie assorbite tramite social network.

È significativo osservare che l'*ecoansia* assume l'accezione di emozione negativa solo quando l'autoefficacia percepita risulta inferiore rispetto alla portata del

problema, facendola sfociare nello stato di ecoparalisi di cui si è parlato poc'anzi: l'altra faccia dell'ecoansia è quella adattiva, maggiormente relazionata a comportamenti pro-ambientali [14].

Sul versante delle emozioni esternalizzanti, invece, troviamo la *terrafurie* e il *disturbo da deficit di natura* [3,7].

La prima, consiste nell'estrema rabbia provata quando ci si rende conto dell'orientamento ecocida dell'attuale progresso tecnologico e dello status quo rigido propugnato da governi ciechi [4]. Nonostante si tratti dell'emozione maggiormente correlata all'attivismo pro-ambientale, e che quindi verrebbe comunemente etichettata come positiva, è anche vero che può sfociare in comportamenti antisociali e condotte distruttive [3].

Il disturbo da deficit di natura [3,7], invece, consiste in una condizione di comportamenti problematici, dovuta allo scarso tempo trascorso in contatto con la natura. Questo fenomeno è particolarmente evidente nei bambini con deficit di attenzione o altri disturbi comportamentali, che traggono un notevole beneficio proprio dal contatto con la natura [3]. Inoltre, nonostante tale disturbo non sia inserito in alcun manuale diagnostico [3], può essere predittivo di nuove forme di fobia [7].

Risvolti clinici

Parlando, quindi, degli effetti indiretti del cambiamento climatico, è importante specificare che ad oggi non esistono interventi terapeutici accertati scientificamente per farvi fronte [3] e, soprattutto, non bisogna dimenticare che si tratta di stati emotivi; pertanto, non ci si può interfacciare con questi senza tenere a mente che, spesso, possono avere dei risvolti adattivi [3].

Per quanto concerne l'ultimo punto, in particolare, si sostiene che «*la sintomatologia legata al cambiamento climatico non vada "spenta" ma gestita*» [3] (pag. 112): a tal proposito, negli ultimi anni si discute della *Acceptance and commitment therapy*, una terapia improntata sull'accettazione del dolore, imparando a convivere con esso mentre ci si attiva nella ricerca di strategie per raggiungere il benessere [3], questo intervento sembra essere utile per quegli individui che sperimentano malessere associato ai cambiamenti climatici, al

fine di non farli sfociare in possibile ecoparalisi di fronte ad un problema la cui soluzione sembra essere a lungo termine [7].

Invece, per prevenire o alleviare stati di tensione interiore, sono nati nuovi approcci, come quello dell'*ecoterapia* [9]. Tale approccio si basa sul concetto che l'essere umano è parte integrante della natura e che una separazione totale da essa sia quasi impensabile: favorendo una riconciliazione tra l'uomo e l'ambiente naturale, l'*ecoterapia* supporta le persone nel raggiungimento di una maggiore serenità interiore e di un equilibrio psicologico [9]. Ristabilire un legame con la natura, sembra, infatti, generare un senso di appartenenza e completezza, offrendo un rifugio che aiuta a mitigare solitudine e sofferenza emotiva, attraverso metodi come la terapia assistita dagli animali e la terapia orticolturale [9].

In quest'ottica, sembrano essere utili le tecniche improntate all'immersione nella natura, ad esempio la pratica giapponese dello *Shinrin-Yoku*, che consiste in un contatto profondo con l'ambiente naturale della foresta (da qui il nome, che in italiano si traduce come "bagno nella foresta"), attraverso i sensi e la libera esplorazione [15].

Le terapie contenitive e preventive citate finora sono prettamente individuali, invece, trattandosi di disagi con tutta probabilità comunitari [3], se non mondiali, ad oggi gli psicologi si rivolgono in particolar modo alle comunità.

A proposito di ciò, Clayton et al [16] hanno rivolto la loro attenzione alle comunità e alle strategie utili per accrescerne la resilienza. Nello specifico, si nota che comunità resilienti forniscono stabilità e benessere a tutti i suoi membri, evidenziando l'importanza della coesione sociale e del supporto reciproco, prestando attenzione a ridurre le disparità economiche e sociali, per non lasciare indietro le fasce più vulnerabili [16].

L'*American Psychological Association* [17], sottolinea l'importanza della figura dello psicologo nell'affrontare la crisi climatica. Gli psicologi, infatti, non risultano necessari solo nell'affrontare le reazioni psicologiche alla condizione climatica [3,7] o a gestire la nuova categoria di migranti climatici, ma hanno anche un ruolo nel comunicare con la società promuovendo

comportamenti ecologicamente responsabili, possono sviluppare metodi educativi e di comunicazione per sensibilizzare il pubblico, distinguendo le informazioni accurate dalle disinformazioni e, non meno importante, hanno un ruolo nel preparare le nuove generazioni che vivranno in un mondo segnato dalla crisi climatica [17].

Da un punto di vista clinico, ci si trova, dunque, di fronte ad una nuova categoria di disagi, che sono contesto-specifici: nonostante si tratti di forme di malessere che sono, in parte o totalmente, sovrapponibili ai criteri diagnostici del DSM 5 [5], il loro essere relazionati al cambiamento climatico ne condiziona la fenomenologia e il possibile decorso.

Ad esempio, parlando degli effetti diretti del cambiamento climatico, i disastri naturali, è noto come questi siano connessi al disturbo post traumatico da stress [5]: lo psichiatra Innocenti [3] spiega come il PTSD relazionato ai disastri naturali non possa essere considerato come un qualsiasi disagio individuale, perché qui la componente traumatica della percezione di rischio per la propria vita [5] va compresa nel contesto più ampio delle conseguenze comunitarie di un disastro che ha causato disagi e ha modificato gli stili di vita degli individui e dei loro cari [3].

Si può dunque affermare che la crisi climatica sia potenzialmente traumatica, a prescindere dai suoi effetti diretti o indiretti. Oggi ci si trova in un momento di profondo cambiamento, in cui equilibri delicati sono messi in discussione: ad esempio, gli individui potrebbero rendersi conto che i leader cui hanno delegato responsabilità stanno invece prendendo decisioni dannose per l'ecosistema [6]. In aggiunta, potrebbero sperimentare sensazioni di vulnerabilità e impotenza di fronte a una crisi così vasta, mentre la prospettiva della morte appare sempre più imminente e tangibile [6]. In particolare, non si possono ignorare i sentimenti di persone *«via via tradite e violate nei propri aspetti più intimi, poiché derubate della possibilità di avere fiducia in un mondo [...] stabile e prevedibile»* [18] (pag 110).

In questo contesto, risulta fondamentale unire risorse interdisciplinari che mirino innanzitutto alla tutela degli individui e al loro benessere psicofisico, senza sfociare

però in una medicalizzazione ferrea per un problema che è sociopolitico, più che individuale. A tal proposito sembra importante citare ulteriormente Clayton et al [4] i quali descrivono una tipologia di intervento che mira ad accompagnare i leader in una comunicazione chiara e coinvolgente con le comunità di riferimento, al fine di promuovere soluzioni efficaci e un clima proattivo, in un'emergenza che coinvolge tutti.

Tratti di personalità: tra fattori di rischio clinico e aspetti favorenti comportamenti proambientali

Allo scopo di sviluppare interventi, individuali o comunitari, che siano più adeguati e personalizzati, può risultare importante considerare i fattori inerenti alla personalità: in particolare, facendo riferimento al modello Big Five Factors [19,20], elaboriamo una panoramica di come i diversi fattori di personalità possano essere considerati tanto fattori di protezione quanto di rischio per i risvolti patologici delle emozioni ambientali e di come questi possano condurre o meno all'azione pro-ambientale, anche a seconda delle risposte contestuali.

Rispetto alla protettività, dalla letteratura emergono evidenze rispetto ai diversi aspetti di personalità quali fattori predisponenti a specifici comportamenti pro-ambientali [21] mentre non ci sono studi specifici che approfondiscono le variabili personologiche quali fattori di rischio specificamente per tali risvolti clinici correlati alle problematiche del clima. Tuttavia, sulla base delle caratteristiche dei cinque fattori di cui si costituisce il modello a cui facciamo riferimento, si possono fondare delle ipotesi potenzialmente sottoponibili a studi futuri.

I tratti di cui si costituisce il modello Big Five sono: Estroversione, Amicalità, Coscienziosità, Nevroticismo e Apertura all'esperienza [19,20].

Il fattore di Estroversione è caratterizzato da socievolezza, energia e assertività: rispetto ai comportamenti pro-ambientali, le persone con alti punteggi in Estroversione sembrano coinvolgersi maggiormente nella partecipazione ad attività sociali legate all'ambiente, favorendo l'impegno collettivo [21].

Tuttavia, le persone caratterizzate da alta estroversione potrebbero essere molto vulnerabili a frustrazione e rabbia qualora i loro sforzi proambientali non portino a risultati desiderati; ciò potrebbe condurre a sperimentare una sensazione di impotenza. Altresì, la loro inclinazione alla ricerca di una stimolazione costante potrebbe condurli ad un'ansia a lungo termine che potrebbe manifestarsi in modo disfunzionale, ad esempio attraverso attivismo impulsivo o azioni distruttive.

L'Amicalità è caratterizzata da compiacenza, piacevolezza, cooperazione e, rispetto ai comportamenti proambientali, le persone con alti punteggi in tale tratto mostrano più alti livelli di preoccupazione per il benessere degli altri e dell'ambiente, con un maggior coinvolgimento in attività pro-ambientali quali sostegno a politiche ecologiche e adozione di pratiche ecosostenibili [21].

Tuttavia, le caratteristiche di questo fattore potrebbero tradursi in fattore di rischio qualora la tendenza all'evitamento del conflitto dovesse sfociare in un comportamento di normalizzazione che se da una parte può temperare l'ansia a breve termine, sul lungo termine si potrebbe convertire in una persistente forma di stress. D'altra parte, la non azione e l'atteggiamento di accettazione e rinuncia potrebbe scontrarsi con la loro inclinazione alla forte preoccupazione per il benessere altrui aumentando il rischio di sviluppare cronici sentimenti di colpa con il possibile strutturarsi di esperienze depressive.

La Coscienziosità è un fattore caratterizzato da scrupolosità, responsabilità, organizzazione. Rispetto ai comportamenti proambientali, le persone con alti punteggi in Coscienziosità tendono a distinguersi per la tendenza a pianificare a lungo termine, con attenzione ai dettagli: ciò può sfociare in comportamenti proambientali quali il riciclo, la gestione dei consumi e l'adozione di stili di vita ecosostenibili [21].

Tali caratteristiche potrebbero portare a un senso di colpa eccessivo, con un eccessivamente elevato senso di responsabilità personale rispetto all'impatto ambientale dei propri comportamenti. Tale carico emotivo, unito alla massiccia esposizione alle notizie sul degrado ambientale, potrebbe portare a sentimenti di fallimento e inadeguatezza. Nei casi più estremi, ciò può sfociare nella eco-paralisi.

Il Nevroticismo è caratterizzato da ansia, depressione, insicurezza. Rispetto ai comportamenti proambientali, le persone con alti punteggi in Nevroticismo, generalmente con un più alto grado di sensibilità alle minacce, possono esserlo anche a quelle derivanti dal cambiamento climatico, con annessa preoccupazione per la propria sicurezza e per quella globale: ciò potrebbe portare a comportamenti pro-ambientali volti a mitigare le ansie legate ai rischi del cambiamento climatico [21].

Osservando da una prospettiva altra, si può considerare il nevroticismo come il maggior rischio per lo sviluppo di risvolti patologici legati alle emozioni ambientali: le persone con alti punteggi in questo tratto sono infatti inclini più di altri a sperimentare ansia, paura e depressione. L'esposizione alle informazioni sul cambiamento climatico e i suoi effetti potrebbero causare eco-ansia cronica; ansia che potrebbe diventare debilitante dato che questi individui sarebbero portati a rimuginare sulle minacce percepite ed essere frustrati dal non riuscire a trovare soluzioni efficaci. Tale preoccupazione continua potrebbe, inoltre, porsi alla base dello sviluppo di terrore globale.

L'Apertura all'esperienza è caratterizzata da immaginazione e curiosità. Rispetto ai comportamenti proambientali, nelle persone con alti punteggi in Apertura all'esperienza è stata osservata una maggiore tendenza all'esplorazione di idee e soluzioni innovative, ricerca di pratiche pro-ecologiche creative con un coinvolgimento maggiore in cause ambientali²¹.

Le caratteristiche delle persone con alti punteggi in questo tratto potrebbero, tuttavia, portare le stesse ad essere vulnerabili a sentimenti di melanconia ambientale, dovuta all'altissima sensibilità alle informazioni sui risvolti dei cambiamenti climatici. La consapevolezza acuta e dolorosa riguardo al deterioramento ambientale e alla sua complessità, con particolare attenzione alle potenziali catastrofi, potrebbe fondare un senso di angoscia esistenziale. Tali vulnerabilità potrebbero essere amplificate dalla tendenza, propria di queste persone, ad esplorare nuove idee senza poter trovare soluzioni pratiche e immediate: ciò può portare a sviluppare eco-paralisi e sensazione di mancanza di controllo.

CONCLUSIONI

La principale limitazione riscontrata nella letteratura presa in considerazione deriva dal non approfondire la realtà pluritraumatica in cui la società attuale si trova immersa, segnata da guerre, pandemie e problemi sociali su vasta scala, oltre che dalla crisi climatica in atto; e, quindi, non rendersi conto che tale realtà necessita di strategie multi-livello e interdisciplinari, senza dimenticare la fondamentale relazione tra soggetto e contesto di vita. Ad oggi, come si è visto, si opta per un approccio ortopedico volto a diminuire la condizione di disagio tramite il contenimento dell'emozione entro certi confini, spostando la responsabilità completamente sull'individuo: questo approccio rischia di distogliere l'attenzione dalla causa principale del problema, che è sociopolitica. Sembrerebbe utile, pertanto, un piano strategico comunitario che, da un lato, educi al pensiero critico e all'importanza dell'informazione soprattutto al fine di promuovere un atteggiamento proattivo e, dall'altro, che sia pronto a fronteggiare i nuovi disagi legati al cambiamento climatico, che diventa sempre più visibile e pervasivo.

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli altri autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. Proceedings of the World Climate Conference: A Conference of Experts on Climate and Mankind, Geneva, 12-23 February 1979. (1979). Russia: Secretariat of the World Meteorological Organization.
2. Revkin, A. C. (1992). *Global Warming: Understanding the Forecast*. Stati Uniti: Abbeville Press, Incorporated.
3. Innocenti, M. (2022). *Ecoansia: I cambiamenti climatici tra attivismo e paura*. Italia: Edizioni Centro Studi Erickson.
4. Clayton S., Manning C. M., Speiser M., & Hill A. N. (2021). «Mental Health and Our Changing Climate: Impacts, Inequities, Responses». Washington, D.C.: American Psychological Association, and ecoAmerica.
5. Biondi, M. (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Italia: Raffaello Cortina Editore.
6. Weintrobe, S. (2021). *Psychological Roots of the Climate Crisis: Neoliberal Exceptionalism and the Culture of Uncare*. Regno Unito: Bloomsbury Publishing.
7. Albrecht, G. (2019). *Earth Emotions: New Words for a New World*. Regno Unito: Cornell University Press.
8. Searles, H. F. (1960). *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia*. Trad. it. Di Mario Marchetti. Torino: Einaudi, 2004.
9. Raoufzadeh, N., Eslamieh, R., Lak, M. (2024). Eco-psicoterapia per la rivitalizzazione della psiche: lettura ecopsicologica di *Salvage the Bones* di Jesmyn Ward. *Studi interdisciplinari di letteratura, arte e discipline umanistiche*, 4 (1), 179-198.
10. Hibbard, W. (2003). Ecopsychology: A Review. *The Trumpeter*, 19(2).
11. Lertzman, R. (2008). *The Myth of Apathy. The Ecologist*. <https://theecologist.org/2008/jun/19/myth-apathy>
12. Hickman, C., Marks, E., Pihkala, P., Clayton S., Lewandowski, R.E., Mayall, E.E., Wray, B., Mellor, C., van Susteren L. (2021). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *Lancet Planet Health*, 2021, 5, e863-e873. doi: 10.1016/S2542-5196(21)00278-3.
13. Lee, E., & Lee, H. (2019). Disaster awareness and coping: Impact on stress, anxiety, and depression. *Perspectives in psychiatric care*, 55(2), 311-318.
14. Innocenti, M., Santarelli, G., Lombardi, G. S., Ciabini, L., Zjalic, D., Di Russo, M., & Cadeddu, C. (2023). How can climate change anxiety induce both pro-environmental behaviours and eco-paralysis? The mediating role of general self-efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3085.
15. Balmumcu, A., & Pekince, G. D. (2023). Effects of forest bath (Shinrin-Yoku) and forest therapy (Shinrin-Ryoho) on women's health. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(1), 62-69
16. Clayton, S., Manning, C. M., Krygsman, K., & Speiser, M. (2017). *Mental Health and Our Changing Climate: Impacts, Implications, and Guidance*. Washington, D.C.: American Psychological Association, and ecoAmerica.
17. American Psychological Association, APA Task Force on Climate Change. (2022) *Addressing the Climate Crisis: An Action Plan for Psychologists*, Report of the APA Task Force on Climate Change. Retrieved from <https://www.apa.org/science/about/publications/climate-crisis-action-plan.pdf>.
18. Granieri, A. (2016). La comunità contaminata di Casale Monferrato: aspetti corruttivi della governance e sopravvivenza psichica. In L. Ambrosiano & M. Sarno (a cura di). *Corruttori e corrotti. Ipotesi psicoanalitiche*. Milano: Mimesis.
19. Goldberg, L. R. (2013). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. In *Personality and Personality Disorders* (pp. 34-47). Routledge.
20. De Raad, B. (2000). *The big five personality factors: the psycholexical approach to personality*. Hogrefe & Huber Publishers.
21. Milfont, T. L., Milojev, P., Greaves, L. M., & Sibley, C. G. (2015). Socio-structural and psychological foundations of climate change beliefs. *New Zealand Journal of Psychology (Online)*, 44(1), 17.



Editoriale

Mental Health 4.0: il contributo dei modelli LLM nei processi di cura della salute mentale

VALERIA CIOFFI

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

«Ci sono frontiere, dove stiamo imparando, e brucia il nostro desiderio di sapere. Sono nelle profondità più minute del tessuto dello spazio, nelle origini del cosmo, nella natura del tempo, nel fato dei buchi neri, e nel funzionamento del nostro stesso pensiero. Qui, sul bordo di quello che sappiamo, a contatto con l'oceano di quanto non sappiamo, brillano il mistero del mondo, la bellezza del mondo, e ci lasciano senza fiato».

Rovelli, C. (2014).
Sette brevi lezioni di fisica. Milano: Adelphi.

Negli ultimi anni, l'emergere dei Large Language Models (LLM) ha mostrato un notevole potenziale nell'analisi del linguaggio umano. Nell'ambito delle scienze psicologiche, questi strumenti hanno permesso lo sviluppo di domini di ricerca emergenti tra cui la psicologia, la psicopatologia e, più recentemente, anche la psicoterapia computazionale [1], facilitando il progresso della ricerca interdisciplinare in queste aree. La diade terapeuta/paziente, così come la diade supervisionato/supervisore, costituisce un sistema complesso, le cui funzioni multidimensionali richiedono metodi statistici non lineari che ne consentano un'approfondita e accurata analisi.

Lo studio dei processi dei paradigmi psicoterapeutici si avvale, infatti, di un approccio interdisciplinare che integra le conoscenze della psicologia clinica con le tecnologie più avanzate dell'intelligenza artificiale (AI), aprendo, così nuovi scenari di studio e applicazione.

Se e in che modo l'AI possa essere di supporto alle funzioni abitualmente svolte dal genere umano, senza tuttavia rischiare di sostituirsi nel profondo processo di comprensione di quella che resta un'esperienza soggettiva e intersoggettiva, rappresenta un argomento molto articolato e complesso.

L'integrazione dell'AI nella psicoterapia resta, infatti, una sfida ancora aperta, specialmente alla luce del rapido progresso dell'efficienza dei LLM, che, negli ultimi due anni, ha attirato un'enorme attenzione e ha acceso il dibattito sulle sue applicazioni nell'ambito medico e in quello della salute pubblica [2,3].

Citation: Cioffi, V. (2025). Editoriale: Mental Health 4.0: il contributo dei modelli LLM nei processi di cura della salute mentale. *Phenomena Journal*, 7(1), 38-40. DOI: 10.32069/PJ.2021.2.242.

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

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Pubblicato: 14 marzo 2025



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

Come tutte le rivoluzioni copernicane, avvicendatesi nel corso della storia dell'umanità, anche quest'ultima evoca un forte senso di incertezza, sollevando interrogativi da un lato e veementi timori dall'altro. La domanda che oggi nasce spontanea è non solo se effettivamente l'AI possa costituire un valido e funzionale strumento ausiliario per l'operatore della salute mentale, ma ci chiediamo anche e soprattutto se ci si può davvero immaginare un futuro nel quale una chatbot sia in grado di rimpiazzare completamente un operatore umano in questo settore.

ChatGPT (Chat Generative Pre-trained Transformer) [4] è un software che simula ed elabora conversazioni umane (scritte o parlate) basandosi sull'AI e sull'apprendimento automatico, sviluppato da OpenAI (un laboratorio di ricerca sull'intelligenza artificiale) e specializzato nella conversazione con un utente umano. La sua versione 3.5, implementata nel 2022, ha un enorme potenziale: è facile da usare e può conversare autenticamente in modo indistinguibile dalla comunicazione umana. Inoltre, considerando che ChatGPT è stato generato con un apprendimento supervisionato e di rinforzo, la qualità dei contenuti generati dalla chatbot può essere migliorata molto facilmente attraverso ulteriori addestramenti e ottimizzazioni [5].

Il dibattito sui potenziali usi di ChatGPT in psicoterapia è ancora agli inizi, pertanto, emergono notevoli preoccupazioni e discussioni etiche all'interno dell'intera comunità di esperti della salute mentale e dei diversi settori scientifico-disciplinari ad essa afferenti. Alcuni professionisti della salute mentale hanno descritto diversi utilizzi della chatbot, come, ad esempio, la sua utilità nel supportare gli psichiatri in compiti di routine quali la compilazione delle cartelle cliniche, la facilitazione della comunicazione medico-paziente e il miglioramento della comunicazione scritta e accademica [6]. Ultimamente, sono emersi anche scenari interessanti che hanno visto il lancio, da parte di alcune startup, di chatbot basate su GPT in grado di fornire un supporto psicologico di base. Ad ogni modo resta sospesa la questione relativa all'effettiva capacità di questi strumenti di garantire un supporto realmente efficace e completo al paziente, senza ridimensionare quella complessità, che intrinsecamente appartiene alla relazione terapeutica, ad una mera interazione algoritmica.

Numerosi sono i progressi futuri immaginabili delle chatbot a supporto della salute mentale, anche per altre attività: il riconoscimento delle emozioni, la valutazione della personalità e l'individuazione dei fattori di rischio, nonché la capacità di rilevare i segni premorbose del disagio psicologico [7]. Diversi autori [8] hanno ipotizzato che in un prossimo futuro sarà possibile sviluppare un sistema di psicoterapia basato sulla tecnologia GPT e completamente automatizzato e addestrato a offrire una comunicazione esperta, in linea con uno specifico paradigma terapeutico. Gli studi hanno evidenziato numerosi vantaggi nell'utilizzo dei LLMs per la psicoterapia, individuando, tuttavia, anche eventuali problemi e imprecisioni.

Innanzitutto, ai fini di massimizzare i risultati e ridurre al minimo gli errori, è necessario un adeguato addestramento della chatbot attraverso l'uso di istruzioni appropriate [9,10,11,12,13]. Tale addestramento deve consentire la costruzione di protocolli di conversazione psicoterapeutica clinicamente validati, attraverso l'integrazione di elementi della pratica clinica consolidata e validata e delle potenzialità dello strumento tecnologico, tra cui la velocità di esecuzione dei processi valutativi e la sua disponibilità continua. In futuro dovranno essere integrati anche moduli di comprensione/generazione del parlato e algoritmi di discriminazione delle emozioni basati su espressioni facciali e input fisiologici provenienti da dispositivi in grado di rilevare input neuropsicofisiologici.

Probabilmente non siamo in grado di offrire una reale e completa risposta alla domanda con cui abbiamo iniziato questa riflessione, quanto piuttosto uno spunto riflessivo, che coadiuvato da un atteggiamento eticamente critico, riesce sicuramente ad immaginare il futuro della psicoterapia come notevolmente influenzato dall'intelligenza artificiale, ma al contempo è chiara quella che sarà la vera sfida, ovvero riuscire ad integrare l'utilizzo dell'AI senza compromettere la centralità della relazione umana.

Dunque, se da un lato l'AI offre strumenti potenti e innovativi, dall'altro resta il dubbio se potrà mai sostituire del tutto l'esperienza, l'empatia, la complessità e il "calore" dell'interazione terapeutica. Una visione romantica e fortemente umanistica, che profondamente muove il nostro gruppo di ricerca, aspira di poter affermare che più che una futuristica sostituzione, sarebbe auspicabile un bilanciato affiancamento tra tecnologia e professionisti della salute mentale, in un equilibrio che garantisca supporto agli operatori senza tuttavia perdere di vista quella che numerose evidenze scientifiche hanno stabilito sia la reale essenza della cura, ovvero l'umana relazione.

CONFLITTO DI INTERESSI

L'autore dichiara di non avere conflitti di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Cioffi, V., Mosca, L. L., Moretto, E., Ragozzino, O., Stanzione, R., Bottone, M., Maldonato N. M., Muzii B., & Sperandeo, R. (2022). Metodi computazionali in psicoterapia: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12358.
2. Patel, S. B., Lam, K., & Liebrez, M. (2023). ChatGPT: friend or foe. *Lancet Digit Health*, 5(3), e102.
3. Liebrez, M., Schleifer, R., Buadze, A., Bhugra, D., & Smith, A. (2023). Generating scholarly content with ChatGPT: ethical challenges for medical publishing. *Lancet Digital Health*, 5(3), e105-e106.
4. Pierucci, P. Introduzione a Chat GPT: cos'è, vantaggi e casi studio, su www.digitaldictionary.it. URL consultato il 27 novembre 2023.
5. Alkaissi, H., & McFarlane, S. I. (2023). Allucinazioni artificiali nella ChatGPT: implicazioni nella scrittura scientifica. *Cureus*, 15(2).
6. Cheng, S. W., Chang, C. W., Chang, W. J., Wang, H. W., Liang, C. S., Kishimoto, T., Chang J. P., Kuo J. S., & Su, K. P. (2023). Il presente e il futuro della ChatGPT e della GPT in psichiatria. *Psichiatria e neuroscienze cliniche*, 77(11), 592-596.
7. Farhat, F. (2023). La ChatGPT come risorsa complementare per la salute mentale: una manna o una rovina. *Annali di Ingegneria Biomedica*, 1-4.
8. Raile, P. (2024). L'utilità della ChatGPT per psicoterapeuti e pazienti. *Comunicazioni di scienze umane e sociali*, 11(1), 1-8.
9. Eshghie, M., & Eshghie, M. (2023). ChatGPT come assistente terapeuta: uno studio di idoneità. arXiv preprint arXiv:2304.09873.
10. Ajlouni, A., Almahaireh, A., & Whaba, F. (2023). La percezione degli studenti sull'uso della chatgpt nell'educazione alla consulenza e alla salute mentale: I benefici e le sfide. *International Journal of Emerging Technologies in Learning (iJET)*, 18(20), 199-218.
11. Singh, O. P. (2023). L'intelligenza artificiale nell'era della ChatGPT-Opportunità e sfide nella cura della salute mentale. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(3), 297-298.
12. Vowels, L. M., Francois-Walcott, R., & Darwiche, J. (2023). Ai nella consulenza relazionale: Valutazione dell'efficacia terapeutica della chatgpt nel fornire consulenza relazionale.
13. Alanezi, F. (2024). Valutare l'efficacia della ChatGPT nel fornire supporto alla salute mentale: uno studio qualitativo. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 461-471.