



CHE COSA FANNO I TERAPEUTI DELLA GESTALT NELLA PRATICA CLINICA? IL CONSENSO DEGLI ESPERTI

Madeleine Fogarty, Sunil Bhar, Stephen Theiler and Leanne O'Shea

Quando ho (Madeleine) partecipato alla conferenza della AAGT in Asilomar, California nel mese di settembre 2014, uno dei miei obiettivi principali era quello di convincere alcuni dei partecipanti a partecipare allo studio che avrebbe cercato di dare risposta alle seguenti domande:

Che cosa fanno i terapeuti della Gestalt nella clinica che li differenzia da altri terapeuti? Cosa, in altre parole, rende Gestaltica la terapia della Gestalt e la distingue da altre modalità psicoterapiche? Forse la cosa più scoraggiante era il mio obiettivo ovvero cercare di rispondere a queste domande attraverso un processo che dipende dall'esistenza di un consenso tra gli esperti in terapia della Gestalt (GT).

In un primo momento, quando ho affrontato l'argomento ad Asilomar, c'era resistenza sulla possibilità di definire la GT in questo modo. Più tardi, è emersa la preoccupazione sull'impossibilità di raggiungere un consenso unanime all'interno di una tradizione così ricca di opinioni divergenti e differenziazioni interpretative come è la GT. Ma fondamentalmente, ci sono state le sottostanti domande: Perché farlo? Con quale obiettivo? Mentre mi preparavo a scrivere questo articolo, un paziente mi ha restituito una pubblicazione del *British Gestalt Journal* che gli avevo prestato diversi mesi prima. Aprendolo, mi ritrovai a leggere una nota che Malcolm Parlett scrisse nel 2007. La nota ha fornito alcune delle risposte a questa ultima domanda. Commentando la diversità all'interno della comunità GT, Parlett ha suggerito che se si dovesse indagare o sezionare qualsiasi termine Gestaltico, principio, idea o metodo emergerebbero una gran parte delle differenze teoriche.

Parlett era preoccupato che questa enorme disparità tra studiosi della Gestalt avrebbe minacciato la possibilità di assicurare il GT 'brand' alla comunità terapeutica più ampia:

Sto pensando agli studenti e tirocinanti che hanno poche linee guida stabili dopo la fase iniziale e altri esperti professionisti che vogliono poter cogliere rapidamente ciò che la Gestalt offre. Se vogliamo prenderci cura del nostro confine di contatto collettivo 'interessando ma non educando gli altri alla Gestalt', allora sicuramente si deve trovare un più ampio consenso per descrivere l'approccio, così da non confondere questo gruppo, ma piuttosto attirarlo ed intrigarlo. Una necessità qui è quella di tornare alla pratica di più, a quello che facciamo, precisando la nostra comprensione (2007, p. 54).

La preoccupazione di Parlett, in altre parole, era che l'ampia divergenza di opinioni sul metodo e sulla teoria all'interno della comunità Gestaltica rappresentasse una minaccia per il futuro della GT. A meno che la comunità gestaltica non trovi un accordo su ciò che la GT è, allora sarebbe difficile continuare ad attrarre studenti al 'brand', o spiegare ad altri cosa è la GT.

Nello stesso momento in cui Parlett stava richiedendo maggiore consenso circa la pratica della GT, altri ricercatori nel mondo riconoscevano la necessità di sviluppare una base di conoscenze per stabilire che la GT è un efficace forma di psicoterapia (Brownell, 2014; Burley, 2014; Barber, 2009). Ma prima di poter dire se la GT funziona o no, in primo luogo abbiamo bisogno di avere una misura per determinare se la terapia che un particolare terapeuta sta praticando può essere adeguatamente descritta quale 'terapia della Gestalt' (Perepletchikova, 2011; Waltz et al., 1993). E per avere una tale misura, dobbiamo essere in grado di descrivere che cosa fanno i terapeuti della Gestalt nella pratica clinica che può essere distinto da forme di trattamento non Gestaltiche.

Questo, dunque, come ho spiegato ai colleghi che ho incontrato ad Asilomar, era quello che stavo cercando di fare. L'obiettivo era quello di sviluppare una misura - un 'scala di fedeltà' - che un indice indipendente potrebbe usare per determinare quanto il terapeuta resti fedele ai metodi che caratterizzano la GT. La logica e la metodologia per lo sviluppo di tale scala sono stati ampiamente discussi da Fogarty, Bhar e Theiler (2015). Infine, lo sviluppo della scala ha richiesto l'identificazione di principi chiave e concetti di GT; e l'operazionalizzazione di tali principi e concetti sotto forma di comportamenti del terapeuta osservabili. Solitamente, le scale fedeltà si basano su un preesistente manuale di trattamento (Perepletchikova, 2011; Waltz et al., 1993). Tuttavia, la GT non ha mai avuto un manuale, e molti esperti sostengono che sarebbe impossibile crearne uno (Mann, 2010; McConville, 2014; Wollants, 2008; Yontef e Jacobs, 2013). In assenza di un manuale, un modo alternativo per sviluppare una scala è utilizzare il metodo Delphi.

Nel metodo Delphi, le istruzioni (come la descrizione del comportamento del terapeuta) sono sottoposti ad un gruppo di esperti, e considerati validi solo se approvati da un consenso dell'80% o più.

Durante la lettura del corpo ricco, vasto e diversificato della letteratura gestaltica, a volte è difficile



immaginare che ci potrebbe essere un consenso su qualsiasi cosa riguardi la GT e certamente difficile immaginare che gli esperti di GT potrebbero essere d'accordo sui comportamenti clinici che caratterizzano un terapeuta della Gestalt e che lo distinguono dai terapeuti che si sono formati con altri modelli di riferimento. Nonostante queste difficoltà, in assenza di un manuale, il metodo Delphi sembrava offrire un valido e parsimonioso percorso per lo sviluppo di una scala di fedeltà per la GT. La validità del metodo Delphi dipenderà dai consensi nella comunità Gestaltica su ciò che significa essere un terapeuta della Gestalt. Se, in altre parole, un gruppo di esperti della GT fosse d'accordo con Dave Mann che, sebbene 'non esistono due terapeuti della Gestalt uguali... entrambi si riconosceranno come terapeuti della Gestalt' (2010, prefazione, p. xi).

Il metodo Delphi

Il metodo Delphi è un metodo per la costruzione di un consenso che pone una serie di domande al fine di raccogliere dati da un gruppo di esperti sulla loro pratica lavorativa. (Linstone e Turoff, 1975). Il metodo Delphi coinvolge un gruppo di esperti creando scale di valutazione indipendenti su una serie di dichiarazioni.

Gli esperti sono invitati a commentare in merito alle dichiarazioni con l'opportunità di offrire correzioni e modifiche in ogni fase del Delphi. Una volta raccolte e confrontate, si riporta una sintesi ai membri del gruppo, che poi terminano un secondo round di valutazione e feedback. Il metodo Delphi è stato ampiamente utilizzato in Information Technology e nel campo dell'istruzione per determinare prototipi di pratiche per le nuove tecnologie. (Carley et al., 2006; Clayton, 1997). Più recentemente è stato adottato dal settore della sanità nella creazione di pratiche di riferimento per l'identificazione e il trattamento di vari disturbi (de Villiers et al., 2005; Falzon et al. 2014.; Hart et al., 2009).

A differenza di altre tecniche di raccolta e analisi dei dati, il Delphi invita i partecipanti a impegnarsi in un processo di interazioni multiple, in cui le risposte e l'analisi dal primo questionario è integrata in successivi questionari, fino a che venga raggiunto un accordo dell'80% su ogni item. Di conseguenza, i partecipanti al processo Delphi possono avere l'opportunità di argomentare o modificare la loro posizione iniziale in relazione all'analisi e alle risposte fornite da altri membri del gruppo e comunicata dai ricercatori che facilitano il processo di Delphi.

La flessibilità del metodo Delphi e il fatto che fornisce l'opportunità di esprimere e ordinare una vasta gamma di punti di vista lo rende uno dei metodi più appropriati per sviluppare un consenso sulla GT e su come renderla operativa nella pratica clinica.

I partecipanti allo studio Delphi

Il processo di raccolta dei partecipanti per lo studio iniziato in occasione della conferenza TGAA in Asilomar, California nel 2014. In tale riunione, oltre cinquanta membri del TGAA sono stati presentati con la proposta di Delphi e invitati a partecipare, o comunque a suggerire partecipanti che potessero essere in grado di contribuire allo studio. Nonostante la resistenza iniziale alla nozione di scala di fedeltà, e molte precauzioni circa le difficoltà di creare un tale consenso nella tradizione della GT che è così ricca di disaccordo e di differenziazione, i partecipanti cominciano a considerare l'idea, e comprendere l'importanza di tale scala nei confronti delle richieste per la pratica basata sulle evidenze (EBP) in training istituzionali e rispetto al più ampio sistema salute (Burley, 2014; Brownell, 2008 2014; Frew, 2013; Oro e Zahm, 2008; O'Leary, 2013).

L'opportunità di incontrare faccia a faccia tanti praticanti della GT all'inizio del processo era fondamentale per questo studio, in quanto ha fornito le basi dell'esperienza vissuta della GT creando le fondamenta per la diffusione del progetto in uno spazio tecnologico cyber. Gli esperti per il Delphi dovevano essere: un gestalt trainer; occuparsi dell'editoria di una rivista di gestalt; aver pubblicato libri o articoli sulla GT; o essere un direttore di un centro di GT. La conferenza di Asilomar è stata inevitabilmente Nord America-centrica.

Tuttavia, Asilomar era solo il punto di partenza per l'invito di potenziali partecipanti. Dopo Asilomar, ho contattato persone che avevano familiarità con altre regioni in cui la Gestalt era praticata - come Europa orientale e occidentale e America latina - a suggerire partecipanti in quelle regioni che soddisfacessero i criteri di selezione.

Le persone invitate a partecipare erano tenute a rappresentare la pratica e la teoria contemporanea della Gestalt. Tale rappresentazione risulta essere perfetta? Ovviamente no. Un limite evidente della Delphi è che lo studio è stato condotto in lingua inglese. Dato questa limitazione, non è una sorpresa che, anche se l'elenco dei partecipanti comprende esperti provenienti da molti paesi, culture e lingue, oltre la metà



dei partecipanti sono anglofoni. Tuttavia, parti del progetto di ricerca è già stato tradotto in tedesco, russo e spagnolo; e nel lungo periodo, sarà interessante vedere se lo studio può essere validato in lingua inglese, come pure in altre lingue e culture.

Redazione del sondaggio

Preparare gli items somministrati per la Delphi è stato un arduo compito. Una vera e propria biblioteca di risorse è stata scritta sulla teoria e la pratica della GT. Tuttavia, trovare elementi in comune tra questo vasto corpo di letteratura è diventato più facile con il procedere del progetto.

Otto concetti chiave emersi più volte: l' aumento della consapevolezza, il lavoro sulla relazione, il lavoro nel qui e ora, la pratica fenomenologica, il lavoro con l'incarnazione, il campo della esperienza sensibile, il lavoro con il processo di contatto, e l'atteggiamento sperimentale. Tuttavia, dividere la GT in otto concetti sembra alquanto artificiale, perché ogni momento in una seduta clinica è probabile che includa molti di questi concetti contemporaneamente. Le descrizioni dei concetti erano basate su una vasta letteratura nonché da consultazioni regolari con i miei supervisori e colleghi; ma dovevano anche essere brevi, inclusive, concise e complete.

Descrivere comportamenti osservabili era ancora più impegnativo, visto che comportamenti caratteristici di un concetto (ad esempio la pratica fenomenologica) potrebbero essere facilmente esemplificativi di un altro concetto (ad esempio lavorare nel qui e ora).

In questo studio, il primo round della Delphi è stato utilizzato per sviluppare e perfezionare le descrizioni dei concetti chiave e dei comportamenti terapeutici ad esso associati. I comportamenti ridefiniti del terapeuta sono stati poi sottoposti ai partecipanti nel secondo turno della Delphi. I comportamenti dei terapeuti che vengono approvati da un consenso dei partecipanti al secondo round costituiscono la base della scala di fedeltà della GT (GTFS).

L'invio del sondaggio

Nel primo turno, i membri del campione potenziali hanno ricevuto un collegamento ad un sondaggio online in cui sono state presentate le descrizioni degli otto concetti chiave della GT e dei comportamenti terapeutici associati. Essi sono stati invitati a votare su una scala a cinque punti se erano d'accordo con i concetti e le relative descrizioni degli otto concetti chiave della GT nella pratica clinica. I partecipanti sono stati invitati a fornire un feedback sul nome del concetto, se hanno pensato che fosse fondamentale per la pratica clinica della GT, e se ci fossero modifiche o omissioni che dovevano essere affrontate.

Ai partecipanti sono stati anche date descrizioni dei comportamenti del terapeuta e chiesto se si è convenuto che ciascuno di questi comportamenti riflettesse uno dei concetti chiave della GT. Infine, i partecipanti hanno avuto la possibilità di esprimere i propri suggerimenti sul modo migliore di rendere operativi i concetti chiave della GT.

Il momento prima che il pulsante di inizio fosse premuto era come saltare da un aereo (anche se con un paracadute e un istruttore). Un salto nel vuoto: gli esperti avrebbero risposto? Si sarebbero offesi per la brevità e la riduzione della GT in items discreti? Avrebbero riconosciuto i comportamenti come caratteristici della Gestalt? Le differenze e i conflitti all'interno della GT avrebbero portato via ogni speranza di ottenere un consenso largamente diffuso?

Oltre le aspettative, la partecipazione della comunità internazionale di Gestalt è stata schiacciante e cooperativa.

Oltre sessanta esperti di tutto il mondo hanno partecipato, e mi sento profondamente grata per la loro considerazione il feedback e la volontà di rimanere impegnati nel processo di costruzione del consenso.

Questi partecipanti hanno risposto con tale chiarezza e volontà che il processo interattivo della Delphi è stato sorprendentemente breve. Nel primo turno della Delphi, ai partecipanti sono state presentate le descrizioni degli otto concetti chiave e dei trentacinque comportamenti terapeutici associati.

Alla luce dei feedback ricevuti diversi comportamenti del terapeuta sono stati eliminati, e molti altri sono stati riformulati. I venticinque comportamenti rimasti e riformulati sono stati usati per creare un modello del progetto GTFS.

Il primo modello è stato portato in un seminario con Bob e Rita Resnick presso il Centro relazionale a Sydney nei primi di novembre 2015. Il lavoro dal vivo e i video sono stati comparati con gli items del modello del progetto GTFS. Il lavoro presentato dai Resnicks è stato comparato con il modello, ma si è resa necessaria un'ulteriore analisi.

video di lavoro di Gordon Wheeler (APA Serie 1 - Sistemi di psicoterapia), Erv Polster (lavoro con il cliente immotivato), Fritz e Laura Perls, il lavoro recente da Serge Ginger, Gonzague Masquelier, e i



lavori disponibile su YouTube sono stati analizzati. I video di lavoro con Lynne Jacobs e Gary Yontef hanno ottenuti consensi da supervisori e colleghi così da estendere ulteriormente l'analisi dei progetti di GTFS. Infine, il processo di analisi del modello del progetto GTFS con i video di altre modalità terapeutiche ha portato a un ulteriore affinamento della scala.

Fin dall'inizio di questo progetto è stato riconosciuto che dividere la GT in concetti differenti è stato impegnativo a causa del fatto che la GT è un approccio olistico che non può essere facilmente descritto in un elenco di tecniche o abilità. Allo stesso modo, dividendo i comportamenti del terapeuta in items discreti non si tiene conto del fatto che in ogni momento della clinica diversi comportamenti del terapeuta possono essere resi operativi. Al contrario, nessuna singola seduta di GT richiederà necessariamente ciascuno dei comportamenti del terapeuta che definiscono la GT. Ciò nonostante, il modello del progetto GTFS hanno cercato di individuare i comportamenti del terapeuta fondamentali che caratterizzano la maggior parte delle sedute cliniche di GT.

Nel secondo turno della Delphi, al campione (compresi diversi esperti che non avevano partecipato alla prima fase) è stata presentata la lista ridotta di venticinque comportamenti terapeutici, e chiesto loro se dal loro punto di vista ciascuno di tali comportamenti rifletteva uno degli otto concetti chiave della GT. Anche se non ho ancora completato la mia analisi dei risultati del secondo round della Delphi, al momento della scrittura sembra che ci sarà abbastanza consenso circa i comportamenti del terapeuta perchè ci sia un GTFS validi.

Quella che segue è una descrizione di ogni concetto, riformulato alla luce dei feedback forniti dai partecipanti nel primo turno della Delphi, insieme con qualche discussione di tale feedback. Ho anche incluso i venticinque comportamenti del terapeuta che sono stati presentati al campione nel secondo turno.

Lo sviluppo della consapevolezza

Descrizione del concetto

Lo scopo della GT è quello di sviluppare la consapevolezza e promuovere la consapevolezza della consapevolezza. Questo non significa semplicemente lo sviluppo di un insight o introspezione, ma esplorare le esperienze come esseri fisici ed emotivi dando valore al nostro mondo e al nostro rapporto con gli altri e all'ambiente. Il terapeuta sostiene la consapevolezza per il cliente e il suo mondo e il processo attraverso cui si sviluppa. In questo modo la consapevolezza può essere vista come mezzo per aumentare l'autoregolazione. La consapevolezza comprende esperienza sensoriale e corporea così come consapevolezza cognitiva ed emotiva. La GT identifica tre zone di consapevolezza: interna (stati d'animo), esterna (funzioni di contatto: comportamento, discorso e azioni), e media (pensieri, giudizi, idee). Ognuna di queste zone di consapevolezza e le loro relazioni reciproche e con il campo più ampio si sviluppano attraverso i concetti principali che verranno esplicitati di seguito:

- Lavoro relazionale;
- Lavorare nel qui e ora;
- pratica fenomenologica;
- lavorare con l'incarnazione (embodiment);
- esperienza del campo sensibile (*field sensitive practice*);
- lavorare con il processo di contatto;
- atteggiamento sperimentale.

Dato che l'obiettivo di sviluppare la consapevolezza è fondamentale per tutti i concetti di GT, nessun comportamento terapeutico specifico è stato identificato per questo concetto.

Feedback

C'erano tre commenti su questo concetto che non sono stati completamente integrati nelle descrizioni riprodotte in questo articolo (in quanto non erano rappresentativi della la maggior parte delle visualizzazioni), ma rimangono importanti da menzionare. Il primo commento è relativo ad un tema perenne all'interno della teoria della GT: se il concetto centrale è il contatto o la consapevolezza.

Il secondo commento relativo alle "zone della consapevolezza" che alcuni sentono essere fuori moda rispetto alla GT contemporanea. Il terzo commento relativo alla contestazione che la consapevolezza può essere percepita come la consapevolezza per il proprio interesse (ad esempio l'egoismo, autoreferenza), piuttosto che sviluppare una consapevolezza attraverso una terapia dell'agire e della crescita (che sono chiaramente gli obiettivi di GT).



Fortunatamente, i commenti si riferiscono solo alle descrizioni dei concetti chiave, piuttosto che ai comportamenti terapeutici ad essi associati.

Il lavorare relazionale

Descrizione del concetto: La prospettiva relazionale è diventata centrale nella pratica contemporanea della GT. Un approccio relazionale è basato su un quadro contestuale in cui l'esperienza umana è modellata dal contesto. Quindi il concetto di funzionamento relazionale non solo è focalizzato sull'alleanza terapeutica, ma sottolinea la creazione del significato paradigma per la GT. Una cornice contestuale è paradigmatica lavorando con le sfumature dei processi emotivi, l'interazione terapeuta-cliente, e i temi relazionali duraturi.

L'alleanza terapeutica si basa sui concetti di 'Inclusione', 'conferma' e 'presenza'. 'Inclusione' richiede al terapeuta di fare di più che l'ascolto empatico e sintonizzarsi con i suoi clienti. Il terapeuta si appoggia sulla esperienza del paziente in modo tale che si collega con l'esistenza del cliente come se fosse una sensazione all'interno del proprio corpo. Questa non è una fusione con il cliente, ma una sensibilità che consente un incontro viscerale tra terapeuta e cliente. L'inclusione integra la consapevolezza del terapeuta in merito alle sue risposte al cliente con un profondo apprezzamento della "diversità" dell'esperienza del cliente. La 'Conferma' comporta una profonda accettazione della esistenza immediata e delle potenzialità del cliente. Il terapeuta non controlla l'incontro terapeutico. Non vi è alcun obiettivo terapeutico o ordine del giorno (escluso quello di aumentare la consapevolezza del cliente). Questo non significa che terapeuta rispecchi o sia d'accordo con tutto ciò che il cliente porta in seduta. Il terapeuta si impegna al dialogo e questo include genuini momenti di dissonanza, che sono resi trasparenti.

Il terapeuta è parte del campo relazionale. Ciò comporta impegno di cambiare, non solo per il cliente, ma anche per il terapeuta.

L'equilibrio tra questa gentile inclusione e la messa a fuoco e l'impegno per lo spazio co-creato della seduta richiede 'presenza'. 'Presenza' è evidente in una base sicura come qualità del terapeuta. Ugualmente, la 'Presenza' comporta la volontà di essere incerto, lavorare con l'indifferenza creativa e offrire sostegno alla capacità espressiva del cliente. Questo conferisce una intrinseca qualità etica all'incontro clinico in cui condividere significati tra cliente e terapeuta attraverso lo sviluppo di uno scambio aperto su come terapeuta e cliente sono interessati l'uno all'altro.

Il disagio e altri stati affettivi di rottura possono anche essere attivati all'interno della relazione terapeutica per un serie di motivi, come quando il terapeuta partecipa ad un aspetto della situazione del cliente, senza mantenere l'attenzione su un altro co-esistente (ma possibilmente non nominato) aspetto della sua situazione. Queste rotture sono evidenti nel ritiro del cliente dal processo. E' importante per il terapeuta assistere alle interruzioni nella relazione terapeutica attraverso l'offerta di sostegno e indagare il contributo che il terapeuta potrebbe dare nel co-creare una esperienza di disagio in terapia.

Ai partecipanti al secondo turno della Delphi è stato chiesto se i seguenti comportamenti del terapeuta riflettono questo concetto:

- Il terapeuta segue il cliente con attenzione, monitorando il processo di consapevolezza e l'esperienza del cliente, non seguendo un ordine del giorno prestabilito.
- Il terapeuta risponde in modo non giudicante al cliente, creando le condizioni che consentano la espressione del cliente più efficace.
- Il terapeuta dimostra la volontà di essere incerto e di lavorare con l'indifferenza creativa.
- Il terapeuta si basa sul suo rapporto con il cliente come base per la il cambiamento e la crescita.
- Il terapeuta cerca di individuare e riparare eventuali rotture nel rapporto.

Feedback: Diversi i temi emersi nel feedback su questo concetto.

In primo luogo, una posizione relazionale è centrale per la maggior parte degli approcci umanistici. Tuttavia, ciò che è specifico in GT è il modo in cui il terapeuta riconosce che è una parte del campo del cliente e che spesso può rappresentare - come l'Altro nella situazione - la sua figura di interesse. Così, in GT lavoriamo spesso con/sulla relazione clinica. In secondo luogo, molti partecipanti volevano utilizzare il termine 'inclusione dialogica' invece di 'lavorare sulla relazione'. Ma, come la questione della centralità di Buber della GT rimane dibattuta, è stato deciso di mantenere il termine relazionale, appoggiandosi alla nozione di presenza di Buber, conferma l'inclusione. In terzo luogo, vi era una certa opposizione a un sapere 'rogersiano' nella descrizione originale e la posizione gestaltica di differenziazione e cambiamento, e questo ha portato ad alcune revisioni della descrizione del concetto, come riprodotto sopra. Infine, si è discusso molto circa la proposta che il terapeuta non adotti un'agenda. Mentre la maggior parte era d'accordo con questo concetto come basilare per la GT, c'era una riflessione sul ruolo del terapeuta nel co-creare uno spazio terapeutico. La maggior parte hanno convenuto che una sorta di interpretazione da



parte del terapeuta è sempre un informare in merito al contatto con il cliente, ma alcuni erano diffidenti nei confronti di un approccio top-down. Nei comportamenti del terapeuta presentati al secondo turno dello studio Delfi, l'equilibrio è stato colpito tra questa inevitabile tensione e il riconoscimento che l'importanza della sensibilità del campo avrebbe regolato la situazione specifica in ogni unico incontro terapeutico.

Lavorare nel qui e ora

L'esperienza immediata è il materiale essenziale per la per la guarigione e la crescita in GT. Laura Perls ha osservato che l'esperienza reale di qualsiasi situazione non necessita di essere spiegata o interpretata: può essere contattata direttamente, sentita e descritta nel qui e ora. Questo è perché l'atto di ricordare il passato o anticipare il futuro si verifica nel presente. Pertanto negli incontri clinici i riferimenti al passato o al futuro sono portati al presente: concentrarsi su cosa e come il cliente percepisce la sua situazione ora. Come terapeuti della Gestalt, ci concentriamo su 'ciò che è' piuttosto che su' quello che era o cosa sarà, non perché vogliamo ignorare la storia di una persona o le sue intenzioni future. Ad esempio, nel caso di abuso sessuale l'attenzione è soprattutto su come l'abuso viene comunicato ora.

Il terapeuta e il cliente lavorano insieme nella immediatezza di una situazione: esplorando le molte dimensioni del comportamento attuale e delle sensazioni. Questo è in particolare il caso in cui il comportamento o lo stato emotivo sia abituale e causa di sofferenza. L'esplorazione della consapevolezza momento per momento della situazione attuale può aiutare a comprendere le scelte inerenti il contesto più ampio del cliente nel suo spazio di vita. Il passato può essere considerato rilevante a questa esplorazione, quando la situazione immediata è tematica di esperienze abituali o passate. Tuttavia, l'accento è posto sempre sull'incontro immediato, tale che se un cliente vuole riferire un evento del passato il terapeuta si informerebbe su come ci si sente a raccontare quella storia ora.

Lavorare nel presente supporta il cliente a 'rimanere con' la sua situazione, piuttosto che spostare o modificarla. Questo concetto si riflette nella teoria paradossale del cambiamento che sostiene che il focus della terapia non è cambiare, ma abbracciare quanto più possibile tutti gli aspetti dell'esperienza, aumentando la consapevolezza di questa esperienza.

L'obiettivo non è quello di cambiare, ma, paradossalmente, per rimanere lo stesso, e di impegnarsi più a fondo nell'esperienza.

Una volta che la piena accettazione è raggiunta, allora il cambiamento segue al processo di accettazione. Ai partecipanti al secondo turno della Delphi è stato chiesto se i seguenti comportamenti del terapeuta riflettono questo concetto:

- Il terapeuta indaga sulla presentazione del cliente nel qui e ora
- Il terapeuta supporta il cliente a rimanere con ciò che

accade nell'incontro tra di loro, indagando e cercando di estendere la consapevolezza sulle sensazioni immediate, affetti, cognizioni e risposte somatiche.

- Il terapeuta supporta il cliente ad accettare e approfondire la sua consapevolezza dei problemi attuali piuttosto che cercare di cambiarli.

Feedback: Molti partecipanti hanno preferito il termine 'immediatezza' a 'Qui e ora'. Altri hanno contestato le implicazioni decontestualizzate del 'qui e ora', sebbene ciò è stato mitigato dall'operazionalizzazione di campo pratica sensibile.

Pratica fenomenologica

La pratica fenomenologica è più di una semplice validazione dell'esperienza soggettiva del cliente. Implica l'esplorazione delle situazioni di vita che il cliente porta a ogni seduta. Ciò richiede sintonia con 'L'id della situazione' attraverso l'indagine e il sostegno del linguaggio descrittivo che informa e include aspetti sensati dell'esperienza. Questo processo può essere guidato dal metodo dello spostamento dal generale al particolare evitando astrazioni. Utilizzando questo metodo, il terapeuta e il cliente sono in grado di crescere nella situazione che stanno esplorando insieme e osservare quali elementi disporre in primo piano rispetto allo sfondo della situazione totale. Ciò che è più importante è rimanere il più vicino possibile all'esperienza del cliente e stare con e approfondire 'che cosa è' per il cliente.

Questo focus esperienziale si svolge nel contesto di tre principali norme di indagine fenomenologica: interruzione, descrizione, osservazione. La prima regola che riguarda la questione della verità o la falsità di tutte le interpretazioni della realtà. La seconda è la regola della descrizione, che scoraggia le interpretazioni e promuove l'esperienza più da vicino in riferimento agli aspetti immediati e concreti di una situazione. La terza è la regola della compensazione.



Questa regola richiede al terapeuta di trattare tutti i dati osservati come ugualmente importanti, senza assegnare valore o strutturare una gerarchia.

Ai partecipanti al secondo turno della Delphi è stato chiesto se i seguenti comportamenti del terapeuta riflettono questo concetto:

- Il terapeuta supporta il cliente a descrivere, approfondire e diventare più presente alla sua esperienza.
- Il terapeuta articola i diversi punti di vista/l'esperienza del terapeuta e cliente.
- Il terapeuta incoraggia il cliente ad ampliare le sue scelte piuttosto che stabilire un programma di cambiamento.
- Il terapeuta condivide (dove appropriato) la propria esperienza che riguarda l'esperienza del cliente.

Feedback: Il Feedback su questo concetto ruotava intorno alla questione dell'osservazione, che per alcuni è stata rimossa dall'interconnessione dell'incontro tra terapeuta e cliente. Per estensione, c'era anche una contestazione in merito alla nozione di comparazione: come la terapia progredisce, non tutti i fenomeni sono trattati allo stesso modo, e le Gestalt fisse o gli stili di contatto co-creati tra terapeuta e cliente in modo appropriato ricevono maggiore attenzione. Nelle fenomenologia contemporanea c'è una maggiore accettazione del 'pregiudizio' soggettivo che forma e informa la percezione. Piuttosto che cercare di sintetizzarlo, vi è l'accettazione che ognuno di noi è sempre già centrato.

Lavorare con l'incarnazione (*embodiment*)

L'attenzione per il corpo è un obiettivo importante per la GT. Dal suo esordio, la GT è stata stimolata dalle intuizioni di Wilhelm Reich ovvero che le esperienze emotive passate hanno ripercussioni nelle tensioni corporee abituali. Alcuni terapeuti possono prestare attenzione al corpo attraverso l'introduzione di esperimenti corporei. Ma anche senza introdurre la possibilità a esagerare l'abitudine corporea, o cercare un modo diverso di occuparsi del corpo, la GT aumenta la consapevolezza del modo in cui l'essere corporeo del cliente è coinvolto in rapporto al terapeuta e al suo ambiente più ampio.

Questo approccio è basato sulla reciprocità e sensibile al disagio. Il terapeuta sviluppa la consapevolezza del proprio processo corporeo durante la seduta, e questo co-crea un campo, che è di supporto per l'esperienza di vita del corpo del cliente. Il disagio spesso può desensibilizzare il corpo, incoraggiando una reazione corporea che può essere travolgente. Quindi è importante modulare un approccio all'*embodiment* nel lavoro terapeutico. L'osservazione del respiro (senza cercare di cambiare modelli di respirazione) è un esempio di approccio GT all'integrazione.

I terapeuti possono cercare di aumentare la consapevolezza di un cliente di un particolare movimento o gesto attraverso un invito a esagerare, o prestare attenzione a quel gesto. Possono invitare un cliente a dare parole ad un dolore nel corpo. Il connettere sensazioni con il pensiero e sentimenti è indispensabile, dato che la GT non esplora e aumenta la consapevolezza corporea per se stessa.

Il contatto non è necessario nel lavoro con l'integrazione, anche se può essere utilizzato per comunicare empatia, o offrire un sostegno.

Ai partecipanti al secondo turno della Delphi è stato chiesto se i seguenti comportamenti del terapeuta riflettono questo concetto:

- Il terapeuta fa osservazioni e richieste sulla percezione corporea del cliente (tra cui la respirazione).
- Il terapeuta invita il cliente ad identificare le sensazioni, sentimenti, emozioni, pensieri o immagini che emergono come conseguenza alla partecipare alle esperienze somatiche.
- Il terapeuta invita il cliente ad impegnarsi con il suo corpo attraverso esperimenti.

Feedback: Il Feedback su questo concetto indicò una tendenza a trascurare l'aspetto relazionale di integrazione corporea nell'alleanza clinica. Il terapeuta calibra la propria presenza e l'*embodiment* per sostenere e / o risuonare con l'esperienza cinestetica del cliente. I terapeuti aumentano la consapevolezza e la capacità dei clienti sia per sensibilizzarli ai loro processi corporei che per risuonare con gli altri. Per esempio, il terapeuta potrebbe dire 'Ho una sensazione di dolore nel mio corpo quando dici questo. Mi chiedo come è per te?'

Il Campo dell'esperienza sensibile

La teoria di campo è considerata la base scientifica della GT ed è fondamentale per la filosofia e il metodo della GT. La teoria del campo è un modo di analizzare le relazioni causali, in modo che qualsiasi evento o esperienza è il risultato di molti fattori in cui ogni figura di interesse emerge dallo sfondo dello spazio di vita di una persona.



Figura e sfondo non sono visti come entità separate ma come elementi incorporati del campo organismo/ambientale della persona.

Il campo si avvicina a concentrarsi a osservare, descrivere, e esplicitare l'esatta struttura di ciò che viene studiato in termini di organizzazione, contemporaneità, unicità, possibile rilevanza e processo di cambiamento.

Ci sono tre aspetti importanti del 'campo' in GT. Primo, il campo esperienziale, in cui la percezione del cliente e l'esperienza soggettiva immediata sono esplorate ad un livello di consapevolezza di sé. In secondo luogo, il campo relazionale tra il cliente e il terapeuta. Terzo è il più largo campo, che include il contesto storico, sociale e culturale (o spazio di vita) in cui si trova il cliente.

Ai partecipanti al secondo turno della Delphi è stato chiesto se i seguenti comportamenti del terapeuta riflettono questo concetto:

- Il terapeuta indaga lo sfondo (o contesto) da cui emergono le figure che il cliente presenta.
- Il terapeuta supporta il cliente ad identificare come la sua percezione dell'ambiente, delle relazioni precedenti e dei bisogni organizza l'esperienza in atto.
- Il terapeuta supporta il cliente ad identificare l'unicità della sua esperienza.

Feedback: I feedback su questo concetto erano meno vari rispetto ad altri concetti. Nel complesso, la maggior parte degli esperti sembravano soddisfatti della descrizione originale anche se qualche tentativo è stato fatto per integrare un approccio più olistico e interconnesso al campo, compresa l'idea sistemica che una esperienza o comportamento non possono essere isolate dal resto degli elementi del campo. Il comportamento del terapeuta riflette questo concetto nel tentativo di includere se stesso come "funzione del campo", come definito dal campo corrente con il cliente, e usa la sua consapevolezza come informazione sulla formazione del campo corrente.

Lavorare con i processi di contatto

In GT, la consapevolezza può essere aumentata concentrandosi sugli stili di contatto. Il ciclo di contatto è uno dei concetti chiave nella comprensione della GT di come l'organismo raggiunge l'ambiente e si impegna nella (completo o parziale) soddisfazione o la frustrazione dei bisogni e nella ricerca di significati. Come il cliente si muove verso l'altro (o verso la soddisfazione di un bisogno raggiungendo l'ambiente) ci sono alcune caratteristiche di questo movimento che il terapeuta della Gestalt è addestrato ad identificare come processi di contatto. Inizialmente solo quattro fasi di contatto sono stati descritte: pre-contatto, contatto, contatto finale, e post-contatto. Questi termini successivamente sono stati sviluppati in uno strumento euristico: il ciclo di contatto / consapevolezza / esperienza. Questo ciclo descrive il processo interattivo 'ideale' di contatto e ritiro di organismo e ambiente con implicate la sensazione, la consapevolezza, la mobilitazione di energia, l'azione, il contatto, la soddisfazione (assimilazione), e il ritiro.

Questo ciclo può essere utile nel tracciare l'esperienza della formazione della figura e l'identificazione di modelli relazionali in cui un cliente può abitualmente bloccarsi. All'inizio gli studiosi della GT hanno suggerito che i disturbi psicologici erano il risultato delle interruzioni di questo ciclo che, quando completato in modo soddisfacente è considerato indice di una "sana" autoregolazione.

Sono stati identificati sette maggiori stili di interruzione del contatto: desensibilizzazione, deflessione, egotismo (*Self spectatorship*), introiezione (deglutizione regole o norme senza considerazione), retroflessione (ritorno di un impulso di nuovo su di sé), proiezione (rinnegare la qualità del sé attribuendola ad altri), e confluenza. Altri studiosi di GT recenti hanno rivisto la nozione di interruzioni come individualista e incoerente con la teoria del campo e hanno rivisto il ciclo di contatto come stili di moderazione al flusso di contatto che potrebbero essere adottata in qualsiasi organismo / ambiente. Se uno stile di contatto è utile o disfunzionale dipenderà dal contesto in cui si verifica. Le sette interruzioni di contatto sono state riviste su un *continuum*:

- . desensibilizzazione - ipersensibilità
- . deflessione - stare con
- . egotismo - spontaneità
- . introiezione - interrogazione / rifiuto
- . retroflessione - espressività
- . proiezione - possedere
- . confluenza - differenziazione

Attraverso questo continuum, ogni adattamento creativo all'ambiente è considerato una forma di



autoregolazione al confine di contatto. Le osservazioni sullo stile di contatto non sono basate sul contenuto che un cliente porta in seduta, ma sul modo in cui egli lo porta (o no), compreso il modo in cui porta (o non porta) se stesso per il terapeuta. Lo stile di contatto emerge dal rapporto tra il terapeuta e il cliente. Non è un evento che riguarda una sola persona.

Questa formulazione di modelli di contatto e adattamento creativo è stata ulteriormente elaborata da scrittori europei e nordamericani. Essi suggeriscono che il terapeuta della Gestalt sviluppa la capacità di percepire come l'intenzionalità del cliente si muove e si sposta in modo da percepire il senso di un'assenza di confine di contatto dell'incontro terapeutico. Ciò comporta una cooperazione tra paziente e terapeuta per favorire una nuova sintesi di consapevolezza e creare nuovi significati, concentrandosi su Informazioni esperienziali che in precedenza non erano figura.

Ai partecipanti al secondo turno della Delphi è stato chiesto se i seguenti comportamenti del terapeuta riflettono questo concetto:

- Il terapeuta lavora con i modelli interazionali del cliente che emergono tra paziente e terapeuta.
- Il terapeuta e il cliente identificano la figura insieme.
- Il terapeuta co-crea uno spazio in cui il cliente e terapeuta esplorano il modo in cui incidono uno sull'altro.
- Il terapeuta identifica i processi esperienziali che non sono ancora stati nominati o eliminati ed esplora l'impatto di questo sulla sua consapevolezza.

Feedback: Questo è stato il concetto che ha attirato i più vari e appassionati feedback da parte dei partecipanti. A un certo punto ho suggerito a uno dei miei supervisori (Leanne O'Shea) che il feedback è stato così coinvolgente che una conferenza sul tema del contatto in GT sarebbe molto vivace (e potenzialmente letale, ha aggiunto!). Le principali obiezioni nascono dal paradigma individualista intrapsichico che hanno sottolineato i modelli di contatti che sono stati sviluppati post-Perls, Hefferline e Goodman (1951). E' stato difficile mantenere l'importanza teorica di questi modelli mantenendo anche l'approccio alla GT più contemporaneo e relazionale in cui lo stile di contatto emerge dalla diade, non dal cliente. Molti partecipanti hanno sottolineato l'importanza di riconoscere che il contatto avviene sempre in una relazione organismo / ambiente.

Atteggiamento sperimentale

La consapevolezza può essere esplorata lavorando con un atteggiamento sperimentale. Gli esperimenti sono introdotti dal materiale che emerge nell'incontro terapeutico.

Gli esperimenti sono co-creati da cliente e terapeuta e sono classificati per il rischio di cambiamento in un modo che sostiene la capacità del cliente di impegnarsi e approfondire la sua consapevolezza. Il terapeuta supporta un'esperienza quando il cliente sperimenta un nuovo comportamento, che potenzialmente lo porta a un nuovo sistema di significati e una consapevolezza più profonda. Il terapeuta è consapevole del potenziale che un esperimento può avere nel creare disagio o interruzione della relazione. Il terapeuta lavora con il cliente per integrare il materiale che emerge dall'esperimento.

Il risultato dell'esperimento produce una figura fresca di chiarezza per il cliente (emerge una nuova consapevolezza).

Gli esperimenti includono:

- . Un invito a esagerare, ridurre al minimo, o ripetere invertire un gesto o comportamento del corpo.
- . il lavoro con la sedia vuota: o con un aspetto di sé, o con una persona con cui il cliente è in rapporto.
- . Lavorare con le situazioni incompiute del passato e concentrandosi sulla struttura interna dell'alleanza terapeutica.
 - . visualizzazione guidata.
 - . Rimanere nell'impasse.
 - . Dirigere la consapevolezza al respiro ai movimenti corporei o alle sensazioni.
 - . Creazione di una situazione di emergenza in sicurezza.
 - . L'introduzione di materiali artistici, il movimento, la musica o immagini.

Ai partecipanti al secondo turno della Delphi è stato chiesto se i seguenti comportamenti del terapeuta riflettono questo concetto:

- . Il terapeuta utilizza materiale che emerge dall'incontro terapeutico come base per introdurre esperimenti per sviluppare la consapevolezza del cliente.
- . Il terapeuta modula l'esperimento chiedendo feedback al cliente per quanto riguarda il grado di cambiamento e sostegno che il cliente percepisce.



. Il terapeuta supporta il cliente per integrare l'apprendimento e la consapevolezza che emerge da un esperimento.

Feedback: La maggior parte dei partecipanti hanno convenuto che un atteggiamento sperimentale è un elemento essenziale e tipico della GT. Questo è solo il caso in cui l'atteggiamento sperimentale è un processo piuttosto che un metodo o una tecnica (come alcuni modelli che hanno adottato la sedia vuota come tecnica decontestualizzata dalle fondamenta relazionali della GT). Così, tutta la GT è focalizzata sul fare esperienza-sperimentare attraverso il contatto, la presenza, l'autocoscienza, l'incarnazione, il cambiamento, il sostegno, dove il terapeuta della Gestalt sviluppa una posizione esperienziale e lavora con il cliente perché diventi esperimento.

Validazione della scala

L'analisi preliminare delle risposte al secondo round dello studio Delfi suggerisce che è probabile il tradursi in un documento di lavoro contenente descrizioni di comportamenti del terapeuta che il gruppo di esperti condivide come caratterizzante la specificità della GT nella pratica clinica.

L'analisi sarà completata in tempo per la EAGT/Conferenza TGAA a Taormina, in Sicilia, e può essere il soggetto di un postscritto a questo articolo in una successiva pubblicazione del BGJ.

Una volta che l'analisi dei risultati dello studio Delphi è stata completata, la prossima fase dello sviluppo della GTFS comporterà la validazione e l'affidabilità della scala. Questa fase prevede valutatori e addestrati all'uso della GTFS, valutazioni registrate di sedute cliniche ottenute da due gruppi. Il primo gruppo si basa su video di lavoro clinico di terapeuti formati in (e che dichiara di praticare) GT. Il secondo gruppo si basa su video di lavoro clinico di terapeuti non formati in (che dichiarano di non praticare) GT. L'ipotesi da validare è semplice: quelli formati in GT (e che dichiarano di praticare) dovrebbero ottenere punteggio più elevato rispetto a quelli non formati in (e non dichiarano di praticare) GT. Una volta che la scala è validata può essere utilizzato per i test clinici (compresa l'analisi post hoc) e per scopi di formazione.

Questo è stato un progetto meraviglioso da realizzare. Ho apprezzato il calore e l'incoraggiamento da parte della comunità della Gestalt che hanno talvolta accolto con favore le numerose sfide poste lungo la strada.

La ricerca può essere spesso un percorso solitario, ma questo progetto ha offerto connessione e, soprattutto, un mezzo verso il consenso di cui la nostra comunità ha bisogno per poter prosperare.

(Traduzione di Katia Righetti)

Notes

1. The full reference list for the Delphi study is too long for print publication, but it can be accessed via the BGJ website (www.britishgestaltjournal.com), or be obtained by contacting the firstnamed author.
2. There were three further participants who elected to not be named.

References

- Barber, J.P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19, pp. 1–12.
- Brownell, P. (2008). *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy*. Newcastle, UK: Cambridge Scholars Publishing.
- Brownell, P. (2014). C'mon Now: Let's Get Serious about Research. *Gestalt Review*, 18, 1, pp. 6–23.
- Burley, T. (2014). Can We Get Back to Being Serious about the Processes of Experience, Awareness, and the Action of Gestalt Formation Resolution? *Gestalt Review*, 18, 1, pp. 17–21.
- Carley, S., Shacklady, J., Driscoll, P., Kilroy, D. and Davis, M. (2006). Exposure or expert? Setting standards for postgraduate education through a Delphi technique. *Emergency Medicine Journal*, 23, pp. 672–4.
- Clayton, M.J. (1997). Delphi: A technique to harness expert opinion for critical decision-making tasks in education. *Educational Psychology*, 17, pp. 373–86.
- de Villiers, M.R., de Villiers, P.J. and Kent, A.P. (2005). The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teaching*, 27, pp. 639–643.
- Falzon, C., Sabiston, C., Bergamaschi, A., Corrion, K., Chalabae, A. and D'Arripe-Longueville, F. (2014). Development and Validation of the Cancer Exercise Stereotypes Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32, 6, pp. 708–726.
- Fogarty, M., Bhar, S. and Theiler, S. (2015). Creating a Fidelity Scale for Gestalt Therapy. *Gestalt Journal*



of Australia and New Zealand, 11, 2, pp. 39–54.

Frew, J. (2103). Gestalt Therapy Training and Research: Holding Our Place at Academic Institutions in the USA. *Gestalt Review*, 17, 3, pp. 263–271.

Gold, E. and Zahm, S. (2008). The need for Gestalt therapy research. In P. Brownell (ed.), *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy* (pp. 27–36). Newcastle, UK: Cambridge Scholars Publishing.

Hart, L.M., Jorm, A.F., Paxton, S.J., Kelly, C.M. and Kitchener, B.A. (2009). First Aid for Eating Disorders. *Eating Disorders*, 17, 5, pp. 357–384.

Linstone, H.A. and Turoff, M. (1975). *The Delphi Method techniques and applications*. Boston, MA: Addison-Wesley.

Mann, D. (2010). *Gestalt therapy: 100 key points and techniques*. London and New York: Routledge.

McConville, M. (2014). Commentary 1: Gestalt Therapy, Research and Phenomenology. *Gestalt Review*, 18, 1, pp. 23–31.

O’Leary, E. (ed.) (2013). *Gestalt Therapy Around the World*. Chichester, England: Wiley-Blackwell.

Parlett, M. (2007). Response to the *Festschrift*. *British Gestalt Journal*, 16, 1, pp. 53–56.

Perepletchikova, F. (2011). On the topic of treatment integrity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, pp. 148–153.

Perls, F., Hefferline, R. and Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Highland, New York: The Gestalt Journal Press.

Waltz, J., Addis, M.E., Koerner, K. and Jacobson, N.S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 620–630.

Wollants, G. (2008). *Gestalt Therapy: Therapy of the Situation*. Turnhout, Belgium: Faculteit voor Mens en Samenleving. Yontef, G. and Jacobs, L. (2013). Gestalt Therapy. In D. Wedding and R. Corsini (eds.), *Current Psychotherapies* (pp. 299–336). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Madeleine Fogarty, MA, Dip Ed, Adv Dip Gestalt Therapy, Grad Dip Psych (Hons), lives (with her large and beautiful family) in Melbourne, Australia where she has been working as a psychotherapist and supervisor in private practice for the last seventeen years. Madeleine is currently undertaking her PhD in Psychology at Swinburne University of Technology on the development of a fidelity scale for Gestalt. Madeleine is a clinical member of GANZ, PACFA and a scientific board member for research at the EAGT.

Address for correspondence: mfogarty@swin.edu.au or madeleine@madeleinefogarty.com

Sunil Bhar, PhD, is an Associate Professor at Swinburne University of Technology, and a supervisor of this project. Sunil is Chair of the Department of Psychological Sciences, and convenes the Clinical Psychology Programs at the university. Sunil has maintained a clinical practice for the last twenty years, and has integrated his clinical experience into his teaching and research. *Address for correspondence:* SBHAR@swin.edu.au

Stephen Theiler, PhD, is an Associate Professor in the Department of Psychological Sciences, Swinburne University of Technology, and a supervisor of this project. Stephen is Deputy Director of Swinburne Psychology Clinic and a member of the Australian Psychological Society and is a counselling and clinical psychologist. *Address for correspondence:* stheiler@swin.edu.au

Leanne O’Shea, MSc, DPsych is a Faculty member of Gestalt Therapy Australia, and a supervisor of this project. She maintains a private practice in Melbourne and teaches Gestalt therapy both locally and internationally. *Address for correspondence:* leanne.oshea@gmail.com