

Workshop

Psicoterapia Cognitiva
di Coppia per Problemi
di Depressione

Francesco Aquilar

Ricordi nella memoria

- Chi di noi non ha ricordi nella memoria che sono rappresentativi di momenti importanti?
- Chi di noi non ha «ricordi materiali» o souvenir di luoghi o esperienze speciali?
- Magari anche un biglietto dell'autobus o una foto più o meno sbiadita?
- Le diapositive mentali, comunque presenti, possono essere visive, uditive, tattili, cinestesiche, sessuali, uditive, gustative o polisensoriali

Che ne facciamo dei ricordi?

- Purtroppo, oltre che ricordi belli, per alcune persone sono presenti (e martellanti talvolta) ricordi di esperienze negative, di abuso, di molestia, di violenza fisica o psicologica, di trascuratezza, di lutto, di ferite fisiche e psichiche
- Dove vanno a finire, nella nostra memoria?
- Che cosa succede quando riemergono improvvisamente?
- E in psicoterapia, che succede dei ricordi?

Come recuperiamo i ricordi in psicoterapia cognitivo-sociale

- Ricostruzione della Storia di Attaccamento in 10 sedute (Aquilar, 2005)
- Funicolare su e giù per la storia di vita
- Memoria integrativa svolta dallo psicoterapeuta per le informazioni già ricevute o per i racconti diversamente presentati
- Esercitare una memoria critica
- Le memorie di amore romantico: le diverse narrazioni degli episodi
- Le memorie familiari e amichevoli condivise: il confronto fra ricordi
- Le memorie familiari discordanti: il recupero tra memoria episodica e memoria semantica
- Sandra: «Ho tradito mio marito per tre anni ma Sandra non deve saperlo»

L'ipnosi scientifica

- La neuroscienza cognitiva ha dimostrato recentemente, con una notevole quantità di ricerche, l'efficacia dell'ipnosi (Jamieson, 2007)
- Il dibattito attualmente presente in psicoterapia sulle dimensioni della coscienza non può prescindere dall'esperienza dell'ipnosi, e dai suoi usi clinici, con e senza trance esplicita (Aquilar, 2007; Barnier & Nash, 2008)

Ipnosi cognitiva

- L'ipnosi cognitiva è un particolare utilizzo della trance ipnotica e delle alterazioni dello stato di coscienza, all'interno di una strategia terapeutica che tiene conto: a) delle organizzazioni di personalità; b) della struttura della conoscenza umana; c) delle emozioni individuali, così come sono state delineate dal moderno cognitivismo clinico, nel contesto della teoria dell'attaccamento (Aquilar, 1998, 2007)

Definizione di Ipnosi

- L'ipnosi è un processo nel quale una persona (denominata ipnotista) propone ad un'altra persona (denominata soggetto) delle suggestioni al fine di ottenere esperienze immaginative che conducono ad alterazioni nella percezione, nella memoria e nell'azione. [...] Il fenomeno dell'ipnosi riflette alterazioni della coscienza che avvengono nel contesto di un'interazione sociale (Kihlstrom, 2008)

Ipnosi come procedura

- L'American Psychological Association (APA), Divisione 30 (Psychological Hypnosis) definisce due necessarie componenti della procedura ipnotica:
 1. Introduzione (nella quale si differenzia, ottenendo il consenso del soggetto, la suggestione ipnotica dalle altre situazioni immaginative possibili)
 2. Prima suggestione instaurata (chiusura degli occhi, movimento della mano, levitazione del braccio, alterazione percettiva, etc...)
[Barnier&Nash, 2008]

Ipnosi come prodotto

- Componenti dell'Ipnosi come prodotto (Barnier&Nash, 2008):
 1. Atteggiamento (motivazione, aspettative sul fenomeno, volontà; ma anche: descrizione, valutazione, indicazioni per l'azione, Eiser & van der Pligt, 1991)
 2. Attitudine (propensione, ipnotizzabilità, disposizione, aspettative sull'ipnotista, "credito di partenza", capacità "dissociativa" intenzionale in una relazione sociale specifica ("rapport"))

Ipnosi come tecnica psicoterapeutica

- Induzione ipnotica
- Approfondimento della trance
- Tecniche di utilizzazione
- Tempi
- Progressiva uscita dalla trance
- Commento
- Ratifica
- Verifica rispetto alla singola persona

Ipnosi cognitiva e “compassion”

- L’acquisizione di relazioni fra sé e sé ostili-dominanti e impaurite-subordinate
- L’emozione di vergogna e di meta-vergogna e gli auto-attacchi
- Identificare e modificare i processi di autocritica
- Il senso di colpa come protezione dal rischio di tradire o abbandonare l’altro (Gilbert, 2005)

Psicoterapia cognitivo-sociale

La psicoterapia cognitivo-sociale è costituita da tre aree principali:

- a) **terapia cognitivo-comportamentale** (CBT);
- b) **psicologia e psicopatologia dello sviluppo** (con attenzione specifica ai processi di attaccamento e di dissociazione della coscienza);
- c) **aspetti psico-sociali dello sviluppo personale**: valori, attrazione interpersonale, atteggiamenti, relazioni, carriera, creatività, antropologia culturale, significati intersoggettivi, processi di amore romantico, dimensione sociale delle emozioni (Aquilari, 2012, 2013)

Caratteristiche strutturali

1. Psicoterapia strategica
2. Obiettivi definiti dal paziente e concordati con lo psicoterapeuta
3. Tecniche e tattiche di assessment (valutazione e psicodiagnostica nosografica e descrittiva)
4. Piani di lavoro espliciti ed impliciti, diretti e indiretti
5. Alleanza terapeutica e relazione terapeutica come base sicura
6. Trasferimento di informazioni e di istruzioni

Caratteristiche distintive - 1

1. Psicodiagnosi e progettazione concordata
2. Referto scritto con risorse e biblioterapia
3. Approccio a più basi sicure
4. Psicoterapeuta progettista-supervisore e psicoterapeuta principale
5. Approvazione dello psicoterapeuta principale da parte del paziente
6. Moduli trimestrali o quadrimestrali di psicoterapia, successivi o contemporanei, con obiettivi specifici, verifica e riprogettazione

Caratteristiche distintive - 2

7. Gestione delle eventuali crisi della relazione terapeutica attraverso i due terapeuti
8. Possibilità di integrazione della psicoterapia principale (terapia psichiatrica, psicoterapia familiare, psicoterapia cognitiva di coppia, psicoterapia di gruppo, psico-educazione, mindfulness training, ipnosi cognitiva, ecc..)

Moduli tipici

- Ricostruzione della storia di attaccamento in 10 + 2 sedute
- Validazione, contenimento e problem-solving di primo livello
- Auto-Osservazione Guidata di complessità crescente (Modello SEMPRE)
- Elaborazioni cognitivo-emotive, comportamentali, attaccamentali, multi-motivazionali, meta-cognitive e sistemiche degli episodi auto-osservati

Fattori costitutivi - 1

1. Psicodiagnostica terapeutica ricorrente
2. Obiettivi terapeutici a breve, medio e lungo termine, con possibilità di ridefinizione
3. Auto-Osservazione Guidata (AOG), modello SEMPRE
4. Modificazione del pensiero e del comportamento
5. Identificazione delle resistenze al cambiamento

Fattori costitutivi - 2

6. Alleanza temporanea con le resistenze al cambiamento
7. Ricostruzione della storia di attaccamento a tempo limitato
8. Riconoscimento emozionale
9. Recupero della creatività
10. Potenziamiento delle intelligenze specifiche
11. Career counseling
12. Adeguamento degli obiettivi alla fase del ciclo di vita

Piani di intervento terapeutico - 1

1. Corpo
2. Sensazioni preverbali
3. Comportamento
4. Convinzioni
5. Emozioni non-verbali
6. Emozioni verbalizzabili
7. Stati di coscienza
8. Livelli di consapevolezza (elaborazione AOG)
9. Attaccamento infantile

Piani di intervento terapeutico - 2

10. Attaccamento adulto

11. Funzioni meta-cognitive

12. Significati espliciti e ipotesi di significati impliciti

13. Presente: qui e ora

14. Progetti per il presente e il futuro prossimo

15. Ridefinizione del passato e del futuro remoti

16. Legittimare e ridimensionare

La conversazione terapeutica in PCS - 1

- Primo incontro: fondamenti di alleanza
- Incontri di verifica: comunicare e meta-comunicare sull'esperienza della psicoterapia
- Fattori da indagare: intensità, frequenza e durata degli episodi critici
- Sedute ordinarie: “Allora, come sta?”
- Condivisione di attività personali e del sistema di vita; emozioni prevalenti; problemi emergenti
- Cicli interpersonali ricorrenti
- Stati mentali tipici e strategie di coping

La conversazione terapeutica in PCS - 2

- Memoria integrativa
- Incremento indiretto di competenza emotiva, intelligenza emotiva, funzioni cognitive, funzioni meta-cognitive, umorismo compassionevole
- Dialogo neutro
- Tecniche specifiche dirette e indirette
- Riepilogo dei temi trattati
- Suggerimenti comportamentali e homework

Fare psicoterapia è anche parlare d'amore

- Fare psicoterapia è anche parlare d'amore: amore romantico, amore passionale, amore genitoriale, amore filiale, amore per il lavoro, amore e disamore per la vita. Tutte le forme d'amore trovano spazio nel dialogo clinico della psicoterapia
- La psicoterapia cognitiva, in particolare, ha strutturato negli anni una notevole capacità clinica e scientifica di cimentarsi con i problemi d'amore

Quale amore nella società contemporanea?

- La famiglia mutevole (famiglie di fatto, convivenza more uxorio, famiglie mono-genitoriali, famiglie ricomposte , famiglie unipersonali, famiglie miste)
- Caos delle relazioni amorose: mancata chiarezza e condivisione dei codici dell'incontro amoroso
- Ambiguità nei rituali di corteggiamento
- Internet e social network
- Infedeltà nascoste o virtuali

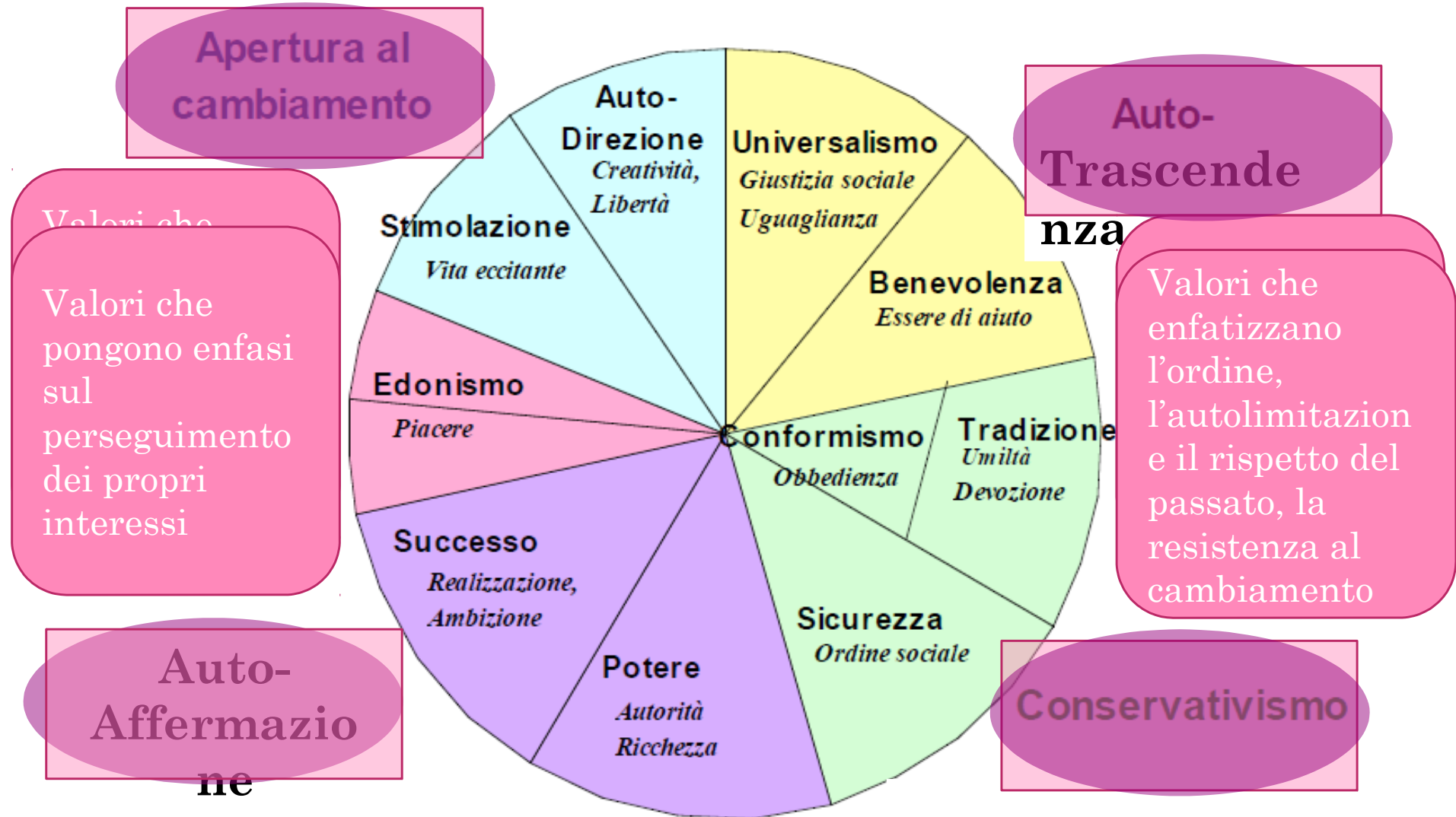
La Teoria della struttura universale dei valori umani

(Schwartz, 1992; 1994, 2011)

- Rappresenta il modello attualmente più accreditato relativamente ai valori
- E' stata validata attraverso più di 200 studi, in oltre 80 Nazioni
- I VALORI sono:
 - **scopi** trans-situazionali, **principi** guida, **criteri di analisi e di condotta**, che le persone utilizzano per valutare, giudicare sé stessi, gli altri individui e gli eventi;
 - **universali**, in quanto riconosciuti da tutti gli individui, indipendentemente dalla cultura a cui appartengono;
 - **ordinati gerarchicamente** - la gerarchia varia da individuo a individuo;
 - **in relazione** tra loro -> modello semi-circomplesso

La Teoria delle struttura universale dei valori umani

(Schwartz, 1992; 1994; 2011)



Auto-Osservazione Guidata

- ABC di Ellis (Antecedente, Bersaglio, Conseguente: Activating Event, Belief, Consequences);
- ABCDE di Ellis (Antecedente. Bersaglio, Conseguente, Disputa, Exit)
- ESCA di Beck (Evento, Sentimento, Cognizione, Altre interpretazioni possibili)
- MOVIOLA di Guidano (Zooming)
- CESPAA di Liotti (Contesto/Emozioni/Sensazioni/Pensieri/ Azioni: Liotti & Monticelli, 2014)

Modello SEMPRE per l'Auto-Osservazione GUIDATA Complessa

- **Situazione** (contesto, antefatto)
- **Emozioni** (stati d'animo, stati corporei)
- **Meta-emozioni** (cosa ho provato per aver provato *E*)
- **Pensieri** (idee, immagini mentali)
- **Risposta** (cosa ho fatto io e cosa hanno fatto gli altri)
- **Esito** (come è andata a finire; cosa ho imparato da questo evento)

(Aquilar, 2011, 2012, 2013; Aquilar & Pugliese, 2011;
Di Manna, 2011, 2013)

Protocollo SEMPRE

| | | |
|---|---|--|
| S Situazione, contesto, antefatto | E Emozioni, stati d'animo, stati corporei | M Meta-emozioni: cosa ho provato per aver provato "E" |
| P Pensieri, Idee, Immagini mentali | R Risposta: che cosa ho fatto io e che cosa hanno fatto gli altri | E Esito: come è andata a finire; cosa ho imparato da questo evento |

Un esempio di Protocollo SEMPRE

| | | |
|--|--|--|
| <p>S Situazione, contesto, antefatto Sono a casa, sono le sette di sera, non c'è nessuno. Ieri avevo litigato con mio marito a causa della madre</p> | <p>E Emozioni, stati d'animo, stati corporei Mi sento tristissima, sola, sfiduciata, abbandonata, addolorata. Ho un gran mal di testa e senso di vomito. Ho paura.</p> | <p>M Meta-emozioni: cosa ho provato per aver provato "E" Rabbia, per essere così fiacca, inutile e dipendente</p> |
| <p>P Pensieri, Idee, Immagini mentali Dovrei essere capace di lasciarlo; o almeno di farmi rispettare dalla madre di lui, quella creatura. Se</p> | <p>R Risposta: che cosa ho fatto io e che cosa hanno fatto gli altri Ho telefonato alla mia amica, per raccontarle tutto. Ma lei non s'è affatto</p> | <p>E Esito: come è andata a finire; cosa ho imparato da questo evento Male! Quando è tornato mio marito abbiamo litigato di nuovo. Ho imparato</p> |

Alcuni codici interpretativi del SEMPRE

- Sistemi Motivazionali Interpersonali (attivati, presenti, assenti, ipertrofici, ipotrofici)
- Metacognizione: autoriflessività, comprensione della mente altrui, mastery complessiva
- Funzioni Metacognitive o meta-rappresentazionali: identificazione, decentramento, differenziazione, integrazione, mastery settoriale
- Idee irrazionali/disfunzionali; distorsioni cognitive
- Cicli interpersonali problematici ricorrenti
- Sistemi di significato
- Fattori comunicativi e metacomunicativi (Aquilar, 2011)

Disturbi alimentari

- Valore evolutivo: Creatività
- Livello centrale: Aspettative rigide/giudizio temuto-effettuato
- Attenzione corporea: Forma del corpo, peso, stomaco, sistema gastrointestinale. Effetti associati: dispercezioni corporee visive e tattili
- Stati d'animo: delusione, indefinitezza, rabbia implosiva
- Attaccamento: disorganizzato, impaurito, oscillante
- Sistema familiare: “Gabbia d'oro” o “Finto Mulino Bianco”
- Preoccupazione: Abbandono
- Frasi: “E' meglio non esporsi, è meglio non definirsi” (Guidano e Liotti, 1979); “Dipende”; “Non lo so”; “E se..”

(Aquilar et al., 2005; Aquilar, 2012, 2015)

Disturbi ossessivo-compulsivi

- Valore evolutivo: Verifica
- Livello centrale: Responsabilità/certezza
- Attenzione corporea: Sistema gastrointestinale/pelle
- Stati d'animo: Incertezza, dubbio, preoccupazione allarmata (“worry”), piacere-dolore nella rimuginazione ricorsiva come ansiolitico naturale
- Attaccamento: Disorganizzato doppio a prevalenza evitante
- Sistema familiare: Distaccato, severo, allarmato, doveristico, formalmente perfezionista
- Preoccupazione: Sbagliare persistendo
- Frasi: “Non sono sicuro”, “Ho un dubbio/dilemma”

(Aquilar, 2012, 2015)

Disturbi depressivi

- Valore evolutivo: Ricerca di senso
 - Livello centrale: Impegno gravoso, sforzo (inutile)
 - Attenzione corporea: Essere avvolti da uno stato doloroso generale; spossatezza generalizzata; eventualmente alternato a: iperattivazione polisensoriale, energia
 - Stati d'animo: Mancanza di senso, di desideri, di gioia; abbattimento, rabbia; (o entusiasmo iperattivo)
 - Attaccamento: evitante/respingente
 - Sistema familiare: elevato livello di emozioni negative espresse/ silenzio
 - Preoccupazione: sopravvivere anche un solo minuto in uno stato d'animo insopportabile
 - Frasi: “Non ce la faccio”, “Non ce la posso fare”
- (Aquilar & Pugliese, 2011; Aquilar, 2012, 2015)

Disturbi fobici

- Valore evolutivo: Protezione dal pericolo
- Livello centrale: Conflitto tra libertà/solitudine e compagnia/oppressione
- Attenzione corporea: Respiro, petto, cuore
- Stati d'animo: paura, ansia, allarme, preoccupazione “impressionistica”
- Attaccamento: ansioso-resistente
- Sistema familiare: Iperprotezione, limitazione, intrusività
- Preoccupazione: agonia solitaria senza fine
- Frasi: “Ho paura”, “E se poi...”, “Se sono solo/a ho bisogno di aiuto” (Aquilar & Del Castello, 1998; Aquilar, 2012)

Personalità evitante

- Ha paura del giudizio negativo e del rifiuto; crede di essere difettoso/a o inferiore; nel processo di negoziazione interpersonale sottostima la propria posizione, per cui vive la negoziazione come una possibile ennesima esperienza fallimentare. Di conseguenza, tende ad evitare la negoziazione (Leahy, 2011).
- Senso di non condivisione e appartenenza dolorosa con disfunzioni di monitoraggio e decentramento (-> evitare di evitare) (Procacci, Petrilli e Dimaggio, in Dimaggio e Semerari, 2003)

Personalità dipendente

- Teme l'abbandono e crede di essere incapace di prendersi cura di sé senza il supporto di un individuo che reputa più forte o più saggio.
- Non riconosce le potenzialità di cui dispone.
- Ha difficoltà ad affermare sé stesso nella negoziazione interpersonale;
- Vive la negoziazione come minacciosa o come un'opportunità per ricevere concessioni ai propri bisogni (Leahy, 2011, in: Aquilar & Galluccio)

Personalità istrionica

- Vede la negoziazione come una specie di psicodramma
- Tenta di sedurre e/o di impressionare la controparte
- In tal modo, rischia di perdere credibilità e sovente la perde
- Gioca molto utilizzando (e amplificando) le emozioni
- Utilizza poco razionalità e fatti

(Leahy, 2011, in: Aquilar & Galluccio).

Personalità borderline

- E' caratterizzata da eccessive richieste di validazione, con pensiero dicotomico e disregolazione emozionale;
- Si avvicina alla negoziazione come a qualcosa di invalidante e si sente oppressa, manipolata e respinta nel processo di negoziazione
- Le emozioni, fuse e confuse, annullano il compromesso, arrivando a forme di minaccia aggressiva o di ritiro infruttuoso dal processo negoziale

(Leahy, 2011; Aquilar, 2012, 2013)

Personalità ossessivo-compulsiva

- Focalizza l'attenzione sui dettagli minuziosi di ogni accordo, perdendo la visione d'insieme;
- Non riesce a comprendere che l'interlocutore può avere schemi personali e bisogni emozionali propri e diversi. Di conseguenza, non esplora i significati personali che l'altro porta nella negoziazione.
- E' difficile empatizzare e validare per l'interlocutore, per cui il soggetto tende a sentirsi sistematicamente respinto, senza capirne il motivo
- I bisogni dell'altro possono essere visti come confusi, fuori dal compito, segno d'immaturità o semplicemente "assurdi"

(Leahy, 2011)

Personalità narcisistica

- Pensa di essere una persona superiore, “entitled” (titolata, che ha il diritto di, cui è dovuto particolare rispetto, con le credenziali adatte)
- Ha schemi di rigidità morale e di controllo, che possono interferire con il processo di negoziazione interpersonale.
- La perdita del rispetto dell’altro può condurre a strategie vendicative e/o minacciose.
- Manca della flessibilità necessaria e di compromesso funzionale

(Leahy, 2011; Aquilar e Galluccio, 2009, 2011).

Personalità paranoide

- Stato sospettoso
- Stato di ira funesta
- Statoastenico
- Stato di minaccia/umiliazione
- Disfunzioni di decentramento e differenziazione
- Sospettosità, Allarme, Esclusione dal gruppo, Solitudine, Abbattimento, Ritiro
- L'altro si irrita o diventa diffidente
- Ciclo interpersonale sospettoso-irritante
- Ciclo interpersonale aggressivo (Nicolò e Nobile, in Dimaggio e Semerari, 2003; Aquilar e Galluccio, 2009)

Ricostruzione della Storia di Attaccamento in 10+2 sedute (Aquilar, 2005, 2011)

- Modulo iniziale nei casi “ordinari”
- Test CBA prima e dopo
- Com'è stato essere te nei diversi periodi della vita
- Procedimento anno per anno a cominciare da un anno scelto dal paziente
- Descrizione delle emozioni non espresse
- Utilizzo delle foto e delle testimonianze
- Alla fine: schema globale a tre colori
- Riduzione ansia e depressione del 30%

Terapia individuale per problemi di coppia

- Sempre più spesso viene riferita la situazione nella quale, per un problema di coppia, uno dei due partner rifiuta di partecipare ad una psicoterapia di coppia
- Sono state messe a punto numerose tecniche per la psicoterapia individuale dei problemi di coppia
- Questo articolo riassume e aggiorna questa problematica: Gurman A.S. & Burton M. (2014), Individual therapy for couple problems: perspective and pitfalls, *Journal of Marital and Family Therapy*, doi: 10.1111/jmft.12061
- Si veda: Aquilar, 1994, 2006a, 2006b, 2012, 2013.

Le 5 competenze da incrementare

1. Competenza emotiva e meta-emotiva
2. Competenza cognitiva e meta-cognitiva
3. Competenza comunicativa e meta-comunicativa
4. Competenza motivazionale e multi-motivazionale
5. Competenza negoziale e post-negoziale

(Aquilar, 2011)

Competenza *Compassionevole* e di *Self-Compassion*

- Un possibile competenza ulteriore, inoltre, va considerata: esaminando con particolare attenzione il modello della Compassionate Focused Therapy di Paul Gilbert, esso potrebbe condurre alla costruzione di una “competenza compassionevole” (Gilbert, 2009; Aquilar , 2013)

Eccesso di autocritica, *Compassion* e relazioni *Self-to-Self*

- Paul Gilbert (2005, 2009) considera l'autocritica come una forma di relazione interna tra sé e sé, nella quale una parte di sé (ostile-dominante) attacca e biasima l'altra parte di sé (sottomessa-impaurita), concordando con gli attacchi auto-inflitti e confermando una visione di sé negativa (persona debole, stupida, incompetente, ecc..).
- Le persone troppo autocritiche possono avere una relazione tra sé-e-sé collegata a memorie di altri che sono stati ostili, trascuranti e biasimanti (Grimaldi, 2011)

Ridimensionamento della critica e dell'autocritica

- Le dinamiche disfunzionali di coppia, pertanto, possono risentire del dialogo interno di ciascuno e della interazione tra modalità critiche verso l'altro e auto-critiche.
- Tuttavia le critiche e le autocritiche sovente vengono totalmente sospese nel periodo *magico* nel quale nascono le storie di coppia: l'innamoramento
- Anche le *incompetenze* di ciascuno, in questo periodo, sembrano scomparire.

Innamoramento - 1

Perché ci si innamora?

- 1) Per l'assenza di rapporti intimi soddisfacenti (associata ad un forte desiderio di ottenere rapporti intimi soddisfacenti), oppure per una marcata e lunga incompatibilità nel rapporto di coppia corrente;
- 2) Perché questa assenza o questa lunga incompatibilità hanno suscitato una serie di emozioni negative fortemente sgradevoli e divenute ormai permanenti (solitudine, tristezza, noia);
- 3) Da questa assenza o incompatibilità deriva una serie di fantasie romantiche e/o sessuali che tendono a fornire una gratificazione immaginata dei desideri e predispongono all'innamoramento come "soluzione" della situazione problematica precedente.

Innamoramento - 2

Con l'innamoramento, queste fantasie vengono “incarnate” da una persona reale, suscitando:

- 1) Una preoccupazione-attrazione intensa;
- 2) Un'allegria in rapporto alla reciprocità eventualmente ricevuta dall'altro/a;
- 3) Una paura specifica di un eventuale rifiuto

In un tempo medio di 6-12 mesi l'innamoramento declina e si trasforma in amore o in disillusione/rifiuto.

Componenti dell'Amore e della Sessualità Umana

- Intimità
- Passione
- Impegno/decisione
- Gioco-piacere
- Relazione specifica
- Pro-creazione

Aree conflittuali di coppia (genitoriale e personale)

- Decisioni da prendere
- Questioni economiche
- Rapporti sessuali
- Svaghi e attività per il tempo libero
- Rapporti con le famiglie di origine
- Rapporti con i figli (Beck, 1988; Aquilar, 2006)

Dimensioni dell'attaccamento romantico: intimità e autonomia

- Sicuro: a proprio agio con intimità e autonomia;
- Preoccupato: a proprio agio con l'intimità e non con l'autonomia;
- Respingente: a proprio agio con l'autonomia e non con l'intimità;
- Impaurito: a disagio con l'autonomia e con l'intimità, e a disagio nelle relazioni (con possibilità di oscillazioni rapide tra fasi "preoccupate" e fasi "respingenti").
(Bartholomew, 1990; Brennan, Shaver & Tobey, 1991; Aquilar, 2006; Aquilar e Pugliese, 2011)

Come sviluppare le funzioni metacognitive

- Identificazione
- Decentramento
- Differenziazione
- Integrazione
- Mastery

(Dimaggio & Semerari, 2003; Dimaggio et al., 2007; 2011)

Forme di metacognizione

- Metacognizione generale: il complesso di regole sulle quali si struttura il pensiero di ciascuno
- Metacognizione interpersonale: autoriflessività, comprensione della mente altrui, mastery
- Metacognizione attributiva: abilità di attribuire a se stessi credenze e desideri, per spiegare e giustificare azioni ed esperienze.
- Metacognizione strategica: abilità di monitorare e controllare le attività mentali in corso

(Wells, 2003; Dimaggio et al. 2003, 2007, 2011; Semerari, 2010)

Alcune regole del rapporto di coppia

- Primato (nella categoria partner)
- Esclusiva (nella categoria partner)
- Evidenza sociale (dopo il consolidamento)
- Sessualità condivisa (con libertà di parola)
- Tempo concordato (con libertà di negoziazione)

(Aquilar, 2006a, 2006b, 2013)

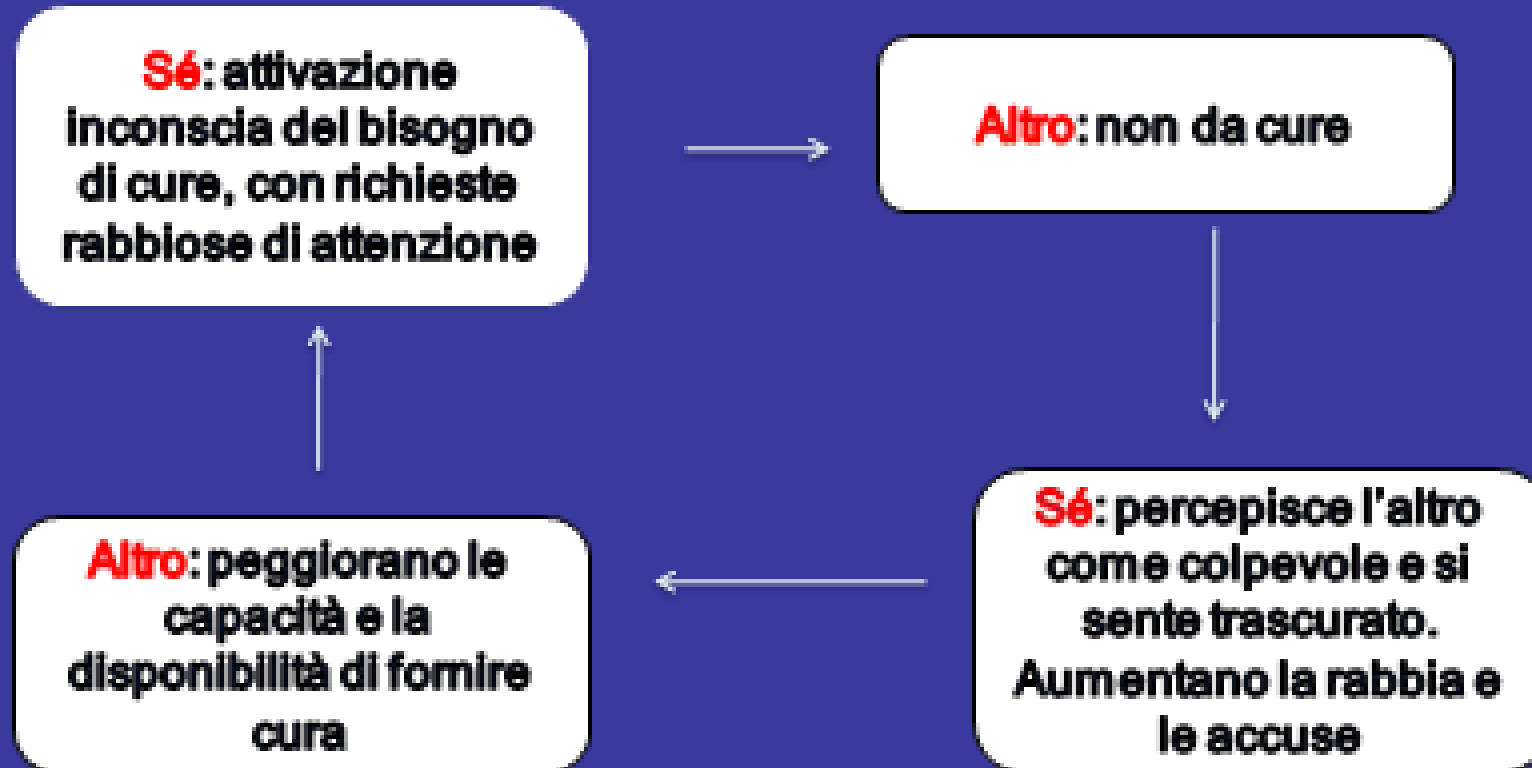
Vocabolario delle emozioni e significati psicobiologici

- Felicità -> presenza di o armonia con persona amata
 - Tristezza -> perdita di persona amata o di parti amate di sé (es. autostima)
 - Rabbia -> presenza di competitore
 - Paura -> presenza di pericolo (reale o immaginario)
 - Disgusto -> presenza di entità nociva
 - Sorpresa -> brusco passaggio da un'emozione all'altra
 - Colpa -> responsabilità negativa verso qualcuno
 - Vergogna -> inadeguatezza e timore di esclusione
- (Aquilar, 2000, 2012, 2013; Gilbert, 2005, 2009)

Interazioni di coppia

- Aspetti comportamentali -> rinforzi + e -, diretti e indiretti, consapevoli e inconsapevoli
- Aspetti cognitivi -> distorsioni ideative e processuali
- Aspetti emotivi -> identificazione e comprensione
- Aspetti attaccamentali -> costruzione e rottura
- Aspetti sistemico-comunicativi -> effetti a catena
- Aspetti negoziali -> abilità e inganni
- Schemi cognitivi personali e familiari
- Cicli interpersonali problematici ricorrenti
- Stati mentali problematici

Ciclo interpersonale dell'Attaccamento 1



Ciclo interpersonale dell'Attaccamento 2

Sé: attivazione inconscia del bisogno di cure, con richieste rabbiose di attenzione



Altro: Chiede a sua volta attenzione al sé: **competizione** per chi deve ricevere cure

Sé: percepisce le richieste dell'Altro come ingiuste, umilianti e costrittive.



Distacco, rottura della relazione



Sé e Altro percepiscono le cure come **insoddisfacenti**

Ciclo interpersonale della Competizione



Distorsioni cognitive nella relazione di coppia

- Astrazione selettiva
- Ipergeneralizzazione
- Visione a tunnel
- Pensiero dicotomico
- Magnificazione/minimizzazione
- Inferenza arbitraria
- Personalizzazione
- Lettura del pensiero
- Attribuzione/disattribuzione
- Spiegazioni arbitrarie

(Dattilio, 1998, 2005)

Incrementare l'intelligenza emotiva

- 1) Percepire le emozioni
- 2) Utilizzare le emozioni per facilitare il pensiero
- 3) Comprendere le emozioni
- 4) Gestire le emozioni

(Salovey et al., 2004; cfr. anche: Aquilar e Pugliese, 2011)

Percepire le emozioni nel dialogo terapeutico

- Capacità di identificare un'emozione in sé stessi
- Capacità di identificare un'emozione negli altri, anche indirettamente (in un romanzo o in un film)
- Capacità di esprimere correttamente le emozioni e i bisogni emotivi
- Capacità di esprimere la differenza tra emozioni genuine e meno genuine (espressioni facciali, linguaggio nonverbale, contestualizzazione, incongruenze, ecc..)

(Salovey et al., 2004; cfr. anche Aquilar e Pugliese, 2011)

Utilizzare le emozioni per facilitare il pensiero

- Capacità di dirigere il pensiero sulla base delle emozioni
- Capacità di immaginare le emozioni per ricordare e dare giudizi
- Capacità di servirsi dello stato d'animo per valutare punti di vista diversi
- Capacità di utilizzare le emozioni per favorire la creatività e risolvere problemi

(Salovey et al., 2004; cfr. anche Aquilar e Pugliese, 2011)

Comprendere le emozioni e le loro dinamiche

- Capacità di capire come un'emozione ci può collegare agli altri
- Capacità di conoscere come sono originate le emozioni e che cosa possono provocare
- Capacità di capire (e differenziare) combinazioni di emozioni diverse
- Capacità di capire come un'emozione può trasformarsi in un'altra (*amore romantico*)

(Salovey et al., 2004; cfr. anche Aquilar e Pugliese, 2011)

Riorganizzare le proprie emozioni in psicoterapia

- Capacità di aprirsi alle emozioni, sia piacevoli che spiacevoli
- Capacità di seguire il corso delle proprie emozioni e riflettere su di esse
- Capacità di coinvolgersi in uno stato emotivo, prolungarlo o distaccarsene
- Capacità di governare le proprie emozioni
- Capacità di far fronte alle emozioni altrui

(Salovey et. al. 2004; cfr. anche Aquilar e Pugliese, 2011)

Incrementare la competenza emotiva nel dialogo terapeutico - 1

1. Consapevolezza delle proprie emozioni (con emozioni multiple, emozioni inconsapevoli e processi di attenzione e memoria selettiva)
2. Discernimento e comprensione delle emozioni degli altri (stesso livello di complessità)
3. Vocabolario adeguato delle emozioni e della loro espressione-comunicazione intenzionale
4. Coinvolgimento empatico nelle emozioni altrui

(Saarni, 1999; 2011; cfr. anche: Aquilar & Galluccio, 2009, 2011)

Incrementare la competenza emotiva nel dialogo terapeutico - 2

5. Differenziare l'esperienza emotiva soggettiva interna dall'espressione emotiva esterna
6. Far fronte, e adattarsi, alle emozioni avverse e alle circostanze dolorose
7. Consapevolezza della comunicazione emotiva all'interno delle relazioni
8. Auto-efficacia emotiva (esercitare padronanza sul proprio comportamento tenendo presenti le emozioni e integrandole col senso morale)

(Saarni, 1999; 2011; cfr. anche: Aquilar & Galluccio, 2009, 2011)

Le legittimità della differenza: i diversi fattori di personalità

- Ogni disturbo di asse I tende a presentare schemi personali ricorrenti, con implicazioni sulla vita di coppia
- Ogni disturbo di personalità appare caratterizzato da schemi personali ricorrenti riguardanti sé e gli altri (Beck et al., 2003; 2014); inoltre appaiono presenti disfunzioni metacognitive specifiche in ogni disturbo (Dimaggio & Semerari, 2003; Dimaggio et al., 2007, 2011)
- Ogni individuo può disporre di schemi che “attraversano” i disturbi di personalità (Leahy, 2011, in: Aquilar & Galluccio)

Psicoterapia cognitiva di coppia, modello cognitivo-sociale: procedimento

- Assessment: organizzazioni cognitive e disturbi di personalità
- Versioni a confronto: meccanismi di interpretazione
- Antropologie culturali familiari e gerarchie di valori
- Traduzione dei significati delle sequenze negative ricorrenti
- Riconoscimento emozionale
- Espressione gradualmente più adeguata e modulazione delle emozioni
- Distorsioni cognitive come unità di analisi semplice
- Modelli operativi interni e sistemi motivazionali interpersonali
- Funzioni metacognitive, cicli interpersonali, stati mentali
- Auto-osservazione guidata di complessità crescente
- Competenza emotiva di complessità crescente
- Suggerimenti comportamentali e modificazione delle sequenze
- Schemi tipici di memoria ricorrente
- Ratifica e rimodulazione

Strategie cliniche in psicoterapia - 1

- **OBIETTIVI CONDIVISI DELLA TERAPIA:** riduzione di : a) alta conflittualità; b) disturbi sessuali; c) postumi di un evento traumatico accaduto o imminente (es tradimento, lutto, crack economico finanziario); d) disturbi psicopatologici di uno dei figli
- **SINTESI DELLA METODOLOGIA DI INTERVENTO:** identificazione delle emozioni, delle motivazioni, dei pattern di attaccamento (evitante, ambivalente, disorganizzato) e dei modelli operativi interni di ciascun membro della coppia e dei sistemi motivazionali interpersonali attivati o disattivati nelle diverse interazioni, con particolare attenzione alle aree tematiche conflittuali rispetto alle motivazioni di ciascuno.

Strategie cliniche in psicoterapia - 2

- **IDENTIFICARE LE CREDENZE DISFUNZIONALI IN UNO O IN ENTRAMBI I MEMBRI DELLA COPPIA:**

..”se mia moglie lavora e guadagna più di me, allora la famiglia va a rotoli..”

..”se non prova l’orgasmo allora non mi ama..”

Strategie cliniche in psicoterapia - 3

- **ESPLORARE LA STORIA DELLA FAMIGLIA D'ORIGINE:** con particolare attenzione ai processi di attaccamento e di separazioni non volute (cfr.: Adult Attachment Interview di M. Main e Ricostruzione della Storia di Attaccamento)
- **RICONOSCERE LE SEQUENZE EMOTIVE, COGNITIVE E COMPORTAMENTALI DISFUNZIONALI:** Auto-Osservazione Guidata (ABC, Moviola, CESPÀ, SEMPRE)
- Elaborazione dei protocolli rispetto a: **sistemi motivazionali** interpersonali, **funzioni metacognitive**, **distorsioni cognitive**, **emozioni**, **meta-emozioni**.
- Identificazione di **alternative interpretative** alle sequenze disfunzionali e indicazioni di **strategie alternative di condotta**

Strategie cliniche in psicoterapia - 4

- **IDENTIFICARE, GESTIRE, MODIFICARE I CICLI INTERPERSONALI PROBLEMATICI** : circoli viziosi nei quali le coppie tendono ad imprigionarsi sistematicamente e nei quali ciascuno, per prevenire quello che teme, di fatto lo suscita (Dimaggio, Semerari et al., 2007)
- **SVILUPPARE LA METACOGNIZIONE**: Autoriflessività, Comprensione mente altrui, Mastery

Intervento clinico

- Gestione del tempo in seduta: 15': Check (andamento relazione: intensità, frequenza, durata di episodi conflittuali o piacevoli); 30': Lavoro attivo; 15': Ratifica, homework, eventuali istruzioni comportamentali
- Validazione, contenimento e problem solving di I livello
- Integrazione delle due versioni dell'evento su un piano sovraordinato motivazionale e metarappresentazionale ("memoria integrativa")
- Riduzione dei fraintendimenti comunicativi e delle aspettative irrealistiche

Disciplina interiore del terapeuta

- Attenzione a non entrare nel ciclo interpersonale
- Attenzione alle emozioni del terapeuta perché danno informazioni sui sistemi motivazionali attivati nei pazienti
- Monitoraggio delle possibili interferenze derivanti dalle esperienze personali del terapeuta.
- Supervisioni o intervisioni ricorrenti di gruppo.

Fasi del ciclo di vita e di coppia

- Innamoramento
- Consolidamento
- Programmazione
- Esecuzione
- Ostacoli (lutti, malattie, innamoramenti, disturbi psicologici, difficoltà economiche, modificazioni di significato)
- Riprogrammazione ciclica (ogni 4 anni circa)

Fattori di resilienza da instaurare o da potenziare - 1

1. Umore (non: sarcasmo)
2. Comunicazione (efficace)
3. Appartenenza/differenziazione individuale
4. Coesione (calore/accettazione/affetto)
5. Supporto reciproco non intrusivo
6. Lealtà/protettività (non: controllo)
7. Mutuo rispetto (reale, non formale)
8. Adattabilità (ai cambiamenti)

Fattori di resilienza da instaurare o da potenziare - 2

9. Ingegneria creativa/intraprendenza innovativa
10. Impegno (non: inganno)
11. Disponibilità a prendersi cura (costante/congruente)
12. Capacità di risoluzione dei problemi e dei conflitti
13. Sistema di valori familiari (operativi, non solo verbali)

Fattori di resilienza da instaurare o da potenziare - 3

14. Mantenimento degli obiettivi personali (e aiuto nel conseguimento degli obiettivi altrui)
15. Modelli di ruolo e fronteggiamento emozionale
16. Fiducia e ottimismo verso il futuro
17. Possibilità di riparazione relazionale
18. Ritualità familiari e routines strutturate funzionali

(Walsh, 2007; Dattilio, 2009)

Psicoterapia cognitivo-sociale di coppia in compendio

- Sistemi di pensiero
- Sistemi di emozione e di meta-emozione
- Sistemi di significato
- Interazioni negative ricorrenti
- Auto-osservazione guidata complessa (SEMPRE)
- Confronto delle modalità cognitivo-emotive
- Confronto delle modalità comunicative e metacomunicative
- Coordinamento delle fasi del ciclo di vita rispetto agli obiettivi individuali, di coppia, familiari e sociali
- Ristrutturazione del tempo e degli spazi
- Integrazione della coscienza/potenziamento metacognitivo

Pratica clinica

- Approccio modulare
- Psicoterapeuta progettista/supervisore e psicoterapeuta principale
- Interazione tra approcci individuali e approcci di coppia
- Moduli contemporanei e/o consecutivi
- Intervento sulle crisi (quando individuale e quando di coppia)
- Risoluzione e conclusione della psicoterapia
- Aspetti legali

L'ipnosi nella psicoterapia cognitiva basata sull'attaccamento

- Dall'alleanza terapeutica alla relazione terapeutica
- Una rielaborazione della propria storia di attaccamento
- Una forma di auto-perdono
- La ristrutturazione degli stati corporei problematici
- Affrontare insieme a qualcuno i propri fardelli
- Una forma di condivisione sociale delle emozioni (Bernard Rimé, 2005, 2007)

La procedura ipnotica generale

- La prima esplorazione: induzione, immaginazione/visualizzazione guidata, risveglio, commento, ratifica
- La seconda esplorazione: una favoletta psicoterapeutica
- La terza esplorazione: il film sulla propria storia di vita

Procedure ipnotiche specifiche: fobie e panico

- Visualizzazione delle proprie esplorazioni prima dell'esordio della sintomatologia
- Considerazione delle eventuali eccezioni vissute dopo l'esordio della sintomatologia
- La paura della paura alla luce delle paure infantili fisiologiche
- “Film del terrore” e presa di distanze
- Feed-forward
- Enfaticizzazione dello stato corporeo di rilassamento

Procedure ipnotiche specifiche: disturbi alimentari

- Modificazione dello stato corporeo
- Attenzione ai significati emotivi degli stati corporei
- Storia dell'atteggiamento familiare nei confronti del corpo
- Riattivazione delle sensazioni e delle emozioni provati
- Rielaborazione con presa di distanze dalle aspettative e dai giudizi
- Senso di amabilità personale

Procedure ipnotiche specifiche: depressione

- Senso di inutilità e di impegno gravoso
- Recupero di ricordi di forza nella propria storia passata
- Identificazione del “senso” dell’esistenza e delle esperienze
- Focalizzazione sul qui-ed-ora disimprigionando dal presente e dal futuro
- “Compassion” verso se stessi

Procedure ipnotiche specifiche: disturbi ossessivo-compulsivi

- Ristrutturazione del senso di responsabilità
- La tecnica della torta
- Focalizzazione sullo stato corporeo
- Auto-critica e vergogna
- Recupero di episodi di stati d'animo prima dell'esordio della sintomatologia

Il tempo dell'ipnosi

- Sedute specifiche per l'elaborazione dei traumi
- Sedute specifiche di rilassamento
- Sedute specifiche di addestramento alla mente compassionevole
- Il quarto d'ora finale con ipnosi di una seduta "normale"

L'ipnosi nelle problematiche speciali

- Difficoltà di concepimento
- Sindrome dell'intestino irritabile
- Cisti ovariche
- Gravidanza e preparazione al parto
- Paura di volare
- Esposizioni in pubblico
- Cicli interpersonali problematici ricorrenti: lavoro, salute, amore

Ipnosi e teoria dell'attaccamento

- Armonizzazione dei Sistemi Motivazionali Interpersonali
- Ridefinizione dei Modelli Operativi Interni
- Attivazioni e inibizioni dell'attaccamento
- Revisione degli episodi traumatici
- Revisione delle emozioni disfunzionali
- Riorganizzazione della memoria e archiviazione

Ipnosi e metacognizione

- Metacognizione: autoriflessività, comprensione della mente altrui, mastery
- Schemi interpersonali
- Cicli interpersonali
- Funzioni meta-rappresentazionali (identificazione, decentramento, differenziazione, integrazione, mastery)
- Monitoraggio di sé

Ipnosi e disorganizzazione della coscienza

- La presenza di identità multiple
- Processi di integrazione delle diverse parti di sé (sottopersonalità)
- Le alterazioni spontanee dello stato di coscienza
- Lo sviluppo di nuove funzioni della coscienza integrata
- Riorganizzare il rapporto con sé stessi e con gli altri significativi

Ipnosi cognitiva e conclusioni arbitrarie - 1

- Vuoi approfittarti di me
- Non mi apprezzi per quello che sono
- Non t'importa niente di me
- Ti interessi solo a te stesso
- Vuoi controllarmi
- Non ti accorgi di me
- Non mi rispetti (Wellwood, 2007)

Ipnosi cognitiva e “compassion”

- L’acquisizione di relazioni fra sé e sé ostili-dominanti e impaurite-subordinate
- L’emozione di vergogna e di meta-vergogna e gli auto-attacchi
- Identificare e modificare i processi di autocritica
- Il senso di colpa come protezione dal rischio di tradire o abbandonare l’altro (Gilbert, 2005)

Ipnosi cognitiva e conclusioni arbitrarie - 2

- Mi vuoi fare fuori
- Non mi accetti a meno che non trovi posto nei tuoi impegni
- Mi usi per i tuoi scopi
- Non mi dedichi tempo e attenzione
- Mi fai sentire in torto per ciò di cui ho bisogno
- Non riconosci la mia bontà (Wellwood, 2007)

Elementi e sequenza dell'ipnosi come tecnica terapeutica cognitivo-comportamentale

- Induzione ipnotica
- Approfondimento della trance
- Tecniche di utilizzazione
- Tempi da
- Progressiva uscita dalla trance
- Commento
- Ratifica
- Verifica rispetto alla singola persona (Aquilar, 2015).

Il ciclo di vita della coppia - 1

- Primi anni: diventare indipendenti dai genitori
- Dal secondo a quarto anno: avere figli, stabilire tradizioni e valori
- Dal terzo al settimo anno: bilanciare l'impegno tra matrimonio, bambini e carriera
- Dal settimo al quindicesimo anno: valutare quanto efficacemente l'impegno verso il matrimonio, la cura dei figli, la carriera e la comunità in senso ampio è stato mantenuto

Il ciclo di vita della coppia - 2

- Dal quindicesimo al ventiquattresimo anno: allentare il coinvolgimento genitoriale
- Dal ventiquattresimo al trentaquattresimo anno: i figli lasciano la casa, morte dei propri genitori, rimettere in discussione i ruoli tradizionalmente assegnati
- Dopo i 35 anni: maggiore libertà da alcune responsabilità e nuove possibili difficoltà riguardanti la salute o la possibile perdita del partner

(Bubenzer & West, 1993; Aquilar, 2006a; 2006b)

Le regole delle coppie felici

1. Espressione verbale ripetuta dell'amore
2. Manifestazione fisica dell'amore
3. Manifestazioni dell'amore attraverso la sessualità
4. Espressione reciproca di apprezzamento e ammirazione
5. Partecipazione a una reciproca apertura
6. Offerta reciproca di un sistema di sostegno emotivo (Branden, 1990; Aquilar, 1996, 2006a, 2012, 2013)

Le regole delle coppie felici

7. Espressione concreta dell'amore
8. Accettazione delle richieste e/o dei limiti
9. Ricerca di un tempo per stare insieme da soli

(Branden, 1990; Aquilar, 1996, 2006a, 2015)

Conclusioni

- La psicoterapia cognitivo-sociale, nell'ambito dell'approccio cognitivo-comportamentale basato sull'attaccamento e sulla metacognizione interpersonale, enfatizza il ruolo delle ricerche della psicologia sociale come fattore determinante nel lavoro clinico
- Presenta specifiche caratteristiche distintive tra le quali il Modello a più basi sicure, la Ricostruzione della Storia di Attaccamento, l'Auto-Osservazione Guidata Complessa e l'Ipnosi cognitiva.
- Compito dello psicoterapeuta cognitivo-sociale è di aumentare le capacità cognitive, metacognitive, emotive, negoziali, comunicative e metacomunicative di ciascun individuo (e/o di ciascun partner)
- Gli aspetti da prendere in considerazione non sono soltanto quelli individuali e di coppia ma anche l'inserimento nel contesto psicosociale e i significati psicobiologici delle diverse fasi del ciclo di vita, rispetto ai quali gli individui sono aiutati ad aggiornarsi

Bibliografia essenziale

- Aquilar F. (1996), a cura di, *La coppia in crescita*, Cittadella, Assisi;
- Aquilar F. (2000/2012), *Riconoscere le emozioni*, Franco Angeli, Milano;
- Aquilar F. (2006a/2014), *Psicoterapia dell'amore e del sesso*, Franco Angeli, Milano;
- Aquilar F. (2006b), *Le donne dalla A alla Z*, Franco Angeli, Milano
- Aquilar F. (2013), a cura di, *Parlare per capirsi. Strumenti di psicoterapia cognitiva per una comunicazione funzionale*, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F. (2015), a cura di, *Parlare d'amore. Psicologia e psicoterapia cognitiva delle relazioni intime*, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F., Ferrante S. (1994), a cura di, *La coppia in crisi: istruzioni per l'uso*, Cittadella, Assisi;
- Aquilar F., Galluccio M. (2008), *Psychological processes in international negotiations*, Springer, New York; tr. it.: *La negoziazione internazionale come processo psicologico*, Franco Angeli, Milano 2009;
- Aquilar F., Galluccio M. (2011), eds., *Psychological and political strategies for peace negotiation: a cognitive approach*, Springer, New York.
- Aquilar F., Pugliese M.P. (2011), a cura di, *Psicoterapia cognitiva della depressione*, Franco Angeli, Milano.
- Beck A.T. (1990), *L'amore non basta*, Astrolabio, Roma;
- Dattilio F.M. (1998), *Case studies in couple and family therapy*, Guilford, New York;
- Dattilio F.M. (2005), *Cognitive-behavior therapy with couples*, in: Gabbard G.O., Beck J.S., Holmes J., eds., *Oxford textbook of psychotherapy*, Oxford University Press;
- Dattilio F.M., (2009) *Strengthening the family resilience*, Paper presented at the 29th EABCT Congress, Dubrovnik, Croatia.
- Dimaggio G., Lysaker P.H. (2011), a cura di, *Metacognizione e psicopatologia*, Cortina, Milano.
- Dimaggio G., Semerari A. (2003), a cura di, *I disturbi di personalità*, Laterza, Roma-Bari;
- Gilbert P. (2005), ed., *Compassion*, Routledge, Hove.
- Jannini E.A., Lenzi A., Maggi M. (2007), a cura di, *Sessuologia medica*, Elsevier Masson, Milano.
- Leahy R.L. (2011), *Personal schemas in the negotiation processes: a cognitive therapy approach*, in: Aquilar F., Galluccio M., cit.
- Liotti G., Monticelli F. (2008), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*, Cortina, Milano
- Saarni C. (1999), *The development of emotional competence*, Guildford, New York;
- Young J. et al. (2008), *Schema therapy*, Eclipsi, Firenze.