

PROTOCOLLI DI INTERVENTO COGNITIVO COMPORTAMENTALE IN ETÀ ADULTA

Francesco Aquilar

Presidente dell'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva e Sociale (AIPCOS)

Didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC)

*Nota: le presenti diapositive rappresentano esclusivamente un pro-memoria,
non possono essere comprese senza i riferimenti bibliografici indicati durante la presentazione
e non possono essere citate senza il permesso scritto dell'autore*

PSICOTERAPIA COGNITIVA FRA GUERRA E PANDEMIA

- Viviamo in un periodo storico del tutto particolare, per certi aspetti simile – ma in forma per ora più lieve – al periodo a cavallo del 1918 in cui si sommarono la Prima Guerra Mondiale (1914-1918), la Rivoluzione Russa (1917-1922) e l'epidemia mondiale della Influenza Spagnola (1918-1920), che causò dai 20 milioni ai 50 milioni di morti, con circa 500 milioni di casi in varie parti del mondo.
- Come psicologi, siamo stati chiamati a fare da interfaccia tra le persone e i mezzi di comunicazione di massa; come psicoterapeuti, siamo stati chiamati a proteggere la mente, le emozioni, le relazioni e i comportamenti dei nostri pazienti
- Come psicologi e psicoterapeuti sociali, siamo stati chiamati a consigliare le autorità sulle comunicazioni da scegliere e sulle condotte più adeguate per la prevenzione e gestione del Covid e per le proposte di negoziazioni di pace

**ALCUNI ASPETTI DELLA
PSICOTERAPIA COGNITIVA
UTILI PER L'INDIVIDUO, SPECIALMENTE
IN TEMPO DI COVID E DI GUERRA**

- Attaccamento e multimotivazione (G. Liotti)
- Stati mentali, cicli interpersonali, funzioni metacognitive (A. Semerari & Coll.)
- Dialogo interno fra parte di sé ostile-dominante e parte di sé sottomessa-impaurita (P. Gilbert)
- Schemi emozionali (R.L. Leahy)

ATTACCAMENTO E MULTIMOTIVAZIONE

(GIOVANNI LIOTTI)

- Come in tutte le situazioni di emergenza o di allarme, i sistemi motivazionali descritti da Liotti sono stati particolarmente stimolati, in diverse forme, risultando talvolta disregolati per eccesso o per difetto:
 - A) Attaccamento
 - B) Accudimento (anche nella versione Sollecitudine)
 - C) Sessualità
 - D) Cooperazione paritaria
 - E) Competizione
 - F) Gioco sociale
 - G) Affiliazione

STATI MENTALI, CICLI INTERPERSONALI, FUNZIONI METACOGNITIVE

(ANTONIO SEMERARI & COLL.)

- Alcuni stati mentali problematici, innescati o potenziati dall'emergenza Covid o dalle preoccupazioni per la guerra, possono essere ristrutturati con opportune tecniche (Nota: la riflessione sugli stati mentali è stata iniziata da Albert Bandura)
- Alcuni cicli interpersonali problematici ricorrenti sono stati amplificati dalle limitazioni comportamentali e dalla costrizione alla «convivenza coatta» durante i lockdown (Nota: la riflessione sui cicli interpersonali è stata proposta inizialmente da Jeremy Safran)
- Alcune funzioni metacognitive sono stata particolarmente stimolate dalla situazione-Covid, in positivo o in negativo: a) Identificazione; b) Decentramento; c) Differenziazione; d) Integrazione; e) Mastery o Padronanza di sé

**DIALOGO INTERNO FRA
PARTE DI SÉ OSTILE-DOMINANTE
E PARTE DI SÉ SOTTOMESSA-IMPAURITA**
(PAUL GILBERT)

- La parte di sé ostile-dominante sgrida, insulta e rimprovera l'individuo, inadempiente su alcuni suoi supposti doveri
- La parte di sé sottomessa-impaurita piagnucola lamentando la sensazione di non farcela a cimentarsi con le situazioni problematiche
- La conclusione può essere uno «sciopero generale» dichiarato e messo in atto dalla parte di sé sottomessa-impaurita (Effetto Reitano)
- Oppure una iperattività doveristica con alterazioni del tono dell'umore, del sonno e delle relazioni, in caso di «vittoria» della parte ostile-dominante

LE EMOZIONI

- Le emozioni rappresentano un'esperienza soggettiva dotata di importanti significati, in connessione con gli interessi e gli scopi di ciascuno: hanno una fondamentale valenza sociale nelle relazioni con gli altri; e sono definite in parte dalla cultura di appartenenza, in senso antropologico
- Le emozioni forniscono una modalità di adattamento immediato, consentendoci di rispondere in modo pertinente, coerente e veloce agli stimoli e agli eventi dell'ambiente, almeno in teoria.
- Le emozioni costituiscono una preparazione all'azione, sia immediata che in tempi medi e lunghi

SCHEMI EMOZIONALI

(ROBERT L. LEAHY)

- Non credere a tutto ciò che provi
- A volte non sono le emozioni a creare malessere ma le credenze sulle emozioni
- Occorre imparare a distinguere tra ciò che si prova e a cui bisogna credere distinguendolo da ciò che si prova e a cui NON bisogna credere
- Alcune schemi emozionali appaiono determinanti:
 - a) Invidia
 - b) Gelosia
 - c) Rimpianto

PRINCIPI SULLE EMOZIONI

(ROBERT L. LEAHY, 2022)

- Le emozioni difficili e spiacevoli fanno parte dell'esperienza di tutti
- Le emozioni ci avvertono, ci parlano dei nostri bisogni e ci collegano con un significato
- Le emozioni forti possono guidarci o fuorviarci
- Le convinzioni sulle emozioni possono renderci difficile tollerare le nostre emozioni
- Le strategie per affrontare le nostre emozioni possono migliorare o peggiorare le cose

STRATEGIE PER FRONTEGGIARE LE EMOZIONI

(LEAHY, 2022)

- Realismo emotivo
- Delusioni inevitabili
- Disagio costruttivo
- Fai ciò che non vuoi fare
- Imperfezione di successo
- Soddisfazione flessibile
- Esempi di teorie disfunzionali sulle emozioni: «Se sono arrabbiato, non posso farci nulla»; «Quando sto così l'unica soluzione è ubriacarmi»

RICONOSCERE, SAPER ESPRIMERE E MODULARE LE EMOZIONI

- Soprattutto a seguito di questo periodo pandemia-guerra, quindi, è stato particolarmente rilevante:
 1. Ottenere un riconoscimento adeguato delle emozioni proprie e altrui
 2. Modulare le proprie emozioni;
 3. Decodificare le emozioni degli altri, in particolare dei conviventi
 4. Temperarle, se possibile, con opportune operazioni
 5. Raggiungere una padronanza accettabile del proprio comportamento

SAPER SCEGLIERE SENZA PENTIRSENE

- Il tema delle scelte quotidiane, quindi, è diventato determinante, perché da alcune decisioni potevano, soprattutto in tempo di Covid iniziale, derivare situazioni di pericolo o rischi di ricovero ospedaliero, di terapia intensiva o di morte per se stessi e per le persone care.
- Gli adulti, in particolare, hanno dovuto cimentarsi con la persuasione o con azioni dirette, nella protezione dei bambini, degli adolescenti e degli anziani
- In alcuni adulti è derivato da questa situazione di iper-responsabilità obbligatoria, con la vita propria e dei propri cari come posta in gioco, un livello di distress altissimo, che ancora oggi comporta conseguenze psicologiche pesanti, che talvolta richiedono un intervento psicoterapeutico specifico

PSICOTERAPIA COGNITIVA INDIVIDUALE E DI COPPIA FRA GUERRA E PANDEMIA

- In sintesi, l'evento pandemia, aggravato ulteriormente per le preoccupazioni della guerra, oltre a rendere più complesso lo sviluppo della psicoterapia per i pazienti già in trattamento, ha suscitato nuovi problemi, gravi lutti, notevoli scompensi ulteriori, ma anche nuove sfide, nuove complessità, nuove risorse, nuove abilità che i pazienti hanno appreso più rapidamente del solito, causa emergenze.
- Le coppie e le famiglie hanno dovuto fronteggiare situazioni complesse e apprendere, quando possibile anche grazie alla psicoterapia, criteri di pensiero, di comportamento e di interazione relazionale adatti a preservare una vita quotidiana accettabile
- Alcune coppie e alcune famiglie, che non sono riuscite in questa difficile operazione, si sono disgregate.
- Alcuni individui, che parimenti non sono riusciti a cimentarsi adeguatamente con queste difficoltà, hanno sviluppato disturbi psicopatologici di diversa entità

ALTRI INTERVENTI STRUTTURATI FRA LE PSICOTERAPIE COGNITIVO- COMPORTAMENTALI ATTUALI

- Approccio basato sulla Behavioral Activation nelle sue evoluzioni (Lewinson, Martell, Kanter)
- Approcci bottom-up, nei quali dal rilassamento/tranquillizzazione/focalizzazione del corpo si punta a giungere ad una riduzione dei disturbi psicopatologici
- Approccio metacognitivo (Wells)
- ACT Acceptance and Commitment Therapy (Hayes), Evitamento esperienziale, Fusione cognitiva, Dominanza del passato e del futuro sul momento presente, Il Sé concettualizzato, Mancanza di contatto con i propri valori, Mancanza di attività e impegno per perseguire un valore personale

LA LEZIONE DI OGGI

Per comprendere meglio la lezione di oggi è comunque consigliabile la conoscenza dei seguenti testi, disponibili in italiano:

- Aquilar F. (2020), Mai più lacrime di cocodrillo. Saper scegliere senza pentirsene, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F. (2014) Riconoscere le emozioni, Terza versione, Franco Angeli, Milano
- Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (2016), a cura di, Curare i casi complessi, Laterza, Roma-Bari
- Gilbert P. (2016), La terapia focalizzata sulla compassione, Franco Angeli, Milano
- Leahy R.L. (2022), Non credere a tutto ciò che provi, Franco Angeli, Milano
- Liotti G. (2001), Le opere della coscienza, Cortina, Milano
- Liotti G., Monticelli F., Fassone G. (2017), a cura di, L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali, Cortina, Milano

L'INIZIO

- Consapevolezza della comunicazione verbale e nonverbale dello psicoterapeuta o del segretario/segretaria nella prima telefonata
- Consapevolezza della comunicazione nonverbale dello psicoterapeuta e del paziente, con le implicazioni connesse (Aquilar, 1996, 2015): 1. Prossemica, lo spazio; 2. Aptica, il tatto; 3. Cronemica, il tempo; 4. Gestica, l'aspetto visuale; 5. Apparenza fisica, il look; 6. Vocalica, il tono e la prosodia; 7. Localizzazione, l'ambiente (Aquilar, 1996, 2015)
- Organizzazione intenzionale della sala d'attesa (Aquilar, 2001)
- Organizzazione intenzionale dello studio psicoterapeutico (Aquilar, 2001)

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)

DISTURBI ALIMENTARI

- Ipotesi sul valore evolutivo: Incremento della 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, 2020)

LIBRI IN ITALIANO DA CONSULTARE

- Dalle Grave R. (2015), La terapia cognitivo comportamentale multistep dei disturbi dell'alimentazione, Teoria, trattamento e casi clinici, Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R., Calugi S., Sartirana M. (2018), Manuale di terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza (CBT-Ea), Dal trattamento ambulatoriale al ricovero riabilitativo, Positive Press, Verona.
- Aquilar F., Del Castello E. Esposito R. (2005), a cura di, Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia, Una regia cognitiva e attaccamentale per il trattamento dei disturbi alimentari resistenti al cambiamento, Franco Angeli, Milano.

DISTURBI ALIMENTARI: PRIMA FASE

- Ascolto empatico
- Definizione di accettazione da parte del soggetto del percorso terapeutico (“Lei non mi può chiedere questo”
“Certo che posso chiederlo, infatti lo sto facendo”)
- Legittimazione emozioni dichiarate
- Validazione delle emozioni dichiarate
- Storia familiare del rapporto col cibo e col corpo

DISTURBI ALIMENTARI: IN SEDUTA

- Attenzione al comportamento nonverbale dei pazienti, alle espressioni del volto, al modo di camminare, alla presumibile sensazione di essere “invasi” dei pazienti
- Attenzione al comportamento nonverbale del terapeuta: self-monitoring anche sul tono di voce e sulle espressioni facciali

DISTURBI ALIMENTARI: PERICOLI

- Rischi di morte di anoressia e bulimia
- Rischi di suicidio
- Rischi di fallimento empatico
- Rischi di fallimento psicoterapeutico
- Rischi di seduttività
- Fase di dipendenza (necessaria)
- Ciclo idealizzazione-svalutazione (con la cerniera della delusione, fattore che manca nei borderline)

LE RAGIONI DEI DISTURBI ALIMENTARI

- Sopravvivenza in “quella” famiglia
- Sopravvivenza in “quella” antropologia culturale
- Brillantezza del rendimento e successo sociale (standard elevati)
- Pressioni sociali alla magrezza
- Protezione dalla paura e dalla noia

RICADUTE E REGRESSIONI

- Delusioni nella relazione terapeutica
- Difficoltà nel ripristino di comportamenti di attaccamento
- Work-addiction
- Sex-addiction
- Difficoltà nell'identificazione di genere
- Disturbi di rabbia e disgusto

PACIFICAZIONE INTERNA

- Fiducia in sé stessi
- Guadagnare controllo rinunciando al controllo
- Posso meritare di essere amata/o
- Posso dire di no
- Posso avere la mia e l'altrui stima senza pagarla troppo
- Posso essere ragionevolmente felice

DIFFUSIONE SOCIALE

- Familiari, amici, parenti
- Colleghi di lavoro
- Corteggiatori e simili
- Scritti e produzioni creative
- Affermazioni della propria individualità
- Godere delle situazioni (“ma come fai?”)
- Permanente attenzione al ciclo di vita

ESEMPIO CLINICO: DISTURBI ALIMENTARI

- Psicoterapia individuale per problemi di coppia in presenza di un disturbo alimentare
- Psicoterapia di coppia per problemi di coppia in presenza di un disturbo alimentare
- Linguaggio verbale e non-verbale
- Delusioni e aspettative
- Disgusto, rabbia e segreti di famiglia
- Alterazioni dello stato di coscienza nel vomito

CONCLUSIONI SUI DISTURBI ALIMENTARI

- Dal falso sé al ritrovarsi
- Una nuova narrazione della propria vita
- Un nuovo rapporto con il corpo, il cibo, il sesso, il successo, l'amore e i significati
- Una attenzione saggia al proprio corpo
- La sensazione di esistere come persone
- Il piacere di pro-creare interrompendo una sequenza disfunzionale trans-generazionale

PROCEDURE 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

DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI

- Ipotesi sul 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)

LIBRI IN ITALIANO DA CONSULTARE

- Mancini F. (2016), a cura di, La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo, Cortina, Milano
- Melli G. (2018), Vincere le ossessioni. Capire e affrontare il disturbo ossessivo compulsivo, Erickson, Trento.
- Aquilar F., Pugliese M.P. (2017), a cura di, Condividere i ricordi. Psicoterapia cognitiva e funzioni della memoria, Franco Angeli, Milano.

PROCESSI E STRUTTURE COGNITIVE ABNORMI NEI DOC

1. Senso “gonfiato” di responsabilità personale
2. Fusione tra pensiero e azione
3. Deficit della memoria delle azioni compiute
 - Aspettativa di una catastrofe (“Siccome può accader” di Cesare De Silvestri)
 - Colpa per il pensiero casuale o intrusivo
 - Ricerca della certezza assoluta di aver fatto tutto
 - Tipi principali: Ruminators, Washers

QUANDO GLI OSSESSIVI CHIEDONO PSICOTERAPIA

- Per un problema psicosomatico (inviati dal medico: gastroenterologo, dermatologo, sessuologo, etc...)
- Per un problema di realizzazione di obiettivi (studio, “concentrazione”, carriera, decisioni da prendere)
- Per un problema di coppia (o “del partner”)
- Per un problema dei loro figli (o familiari)

ESEMPIO CLINICO DISTURBI OSSESSIVI

- Ipertrofia del senso di responsabilità personale
- Fusione pensiero-azione
- Deficit della memoria per le azioni
- Controlli e ricontrolli
- Sessualità ossessiva e compulsiva
- Linguaggio verbale e non verbale
- Schemi tipici ricorrenti

PSICOTERAPIA NEI DISTURBI OSSESSIVI

- Ricostruzione della storia di attaccamento
- Definizione dell'atmosfera familiare infantile e del sistema delle lealtà invisibili
- Training delle abilità emotive e meta-emotive
- Tecniche comportamentali e cognitive specifiche
- Progettazione di compiti alternativi (es. università/ carriera/ relazioni sociali/ significati/ utilità sociale)
- Training delle abilità romantico-comunicative
- Auto-osservazione guidata specifica autoironica
- Training della creatività
- Reindirizzamento dell'attenzione e della memoria

PROCEDURE 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

DISTURBI DEPRESSIVI

- Ipotesi sul 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)

LIBRI IN ITALIANO DA CONSULTARE

- Aquilar F., Pugliese M.P. (2011), *Psicoterapia cognitiva della depressione. Le diverse forme di depressione e i possibili interventi terapeutici*, Franco Angeli, Milano.
- Wells A. (2018), *Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione*, Erickson, Trento
- Rainone A., Mancini F. (2018), a cura di, *La mente depressa. Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva*, Cortina, Milano.

DISTURBI DEPRESSIVI - 1

- Credenza *inconscia* che sia necessario un *grande impegno* nelle attività intellettive o lavorative per ottenere la vicinanza affettiva di un altro essere umano
- Formula paradossale: “solo un grandissimo impegno in un’attività che non riguarda le cose d’amore mi permetterà di essere amato”

(Fonte: Liotti, 2001)

DISTURBI DEPRESSIVI - 2

- Equazione inconscia: “se non serve a recuperare l’amore, non vale la pena di impegnarsi in nulla”
- Percezione di sé: incapace, morbosamente debole, sconfitto
- Bambino probabilmente esposto ad una “glaciale distanza affettiva”

(Fonte: Liotti, 2001)

DISTURBI DEPRESSIVI - 3

- Il contributo di Bowlby: a) analogie tra i soggetti depressi e i bambini che avevano perso la madre o una figura di attaccamento importante; b) fasi del lutto (protesta da perdita, disperazione, distacco); 3) madri respingenti (rifiuto, scarsi contatti fisici, spinta al successo, rabbia disregolata, espressioni facciali rigide; 4) se i bambini cercano protezione saranno rifiutati

DISTURBI DEPRESSIVI - 4

(Segue Bowlby)

Esperienze infantili: a) perdita reale (lutto o assenza) di un genitore durante l'infanzia; b) punizioni fisiche; c) ritiro affettivo; d) induzione di vergogna/colpa.

Conclusioni : “Non sono degno di essere amato”; “Sono amato solo se sono molto bravo”

DISTURBI DEPRESSIVI - 5

- Il contributo di Beck: a) triade cognitiva (visione negativa di sé, del mondo, del futuro); b) distorsioni cognitive, ovvero errori di elaborazione del pensiero, in particolare: pensiero dicotomico; c) il metodo socratico (ironia e maieutica); d) modificazione delle implicazioni; e) riorganizzazione delle idee sul futuro.

DISTURBI DEPRESSIVI - 6

- Il contributo di Gilbert: a) schemi depressivi (approvazione, rendimento, valore personale, auto-efficacia/intrappolamento, affetto, potere); b) atteggiamento/relazione verso di sé: ostile e ipercritico con auto-giudizi negativi come fiacco, cattivo, incompetente; c) modalità interpersonali (confermano o amplificano gli schemi).

ESEMPIO CLINICO DISTURBI DEPRESSIVI

- Depressione unipolare
- Depressione bipolare
- Interazione con la terapia psicofarmacologica
- Ricerca di senso
- Inutilità degli sforzi
- Impegno in settori diversi dall'amore con l'aspettativa di essere amati
- Dinamiche relazionali di coppia ricorrenti

PROCEDURE 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

I DILEMMI DEL TERAPEUTA

- Come coinvolgere il paziente depresso
- Eventuale terapia farmacologica
- La struttura familiare e la tela di Penelope
- Rischi di suicidio e comportamenti parasuicidari
- Co-morbilità con disturbi di personalità
- Cicli interpersonali ricorrenti

CONCLUSIONI SUL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE

- Supporto sociale
- Relazioni paritarie
- Affrancarsi dalla propria storia
- Pensieri automatici e sistema agonistico
- Umore e malumore
- Ciclo di vita
- Auto-accudimento

DISTURBI FOBICI

- Ipotesi sul valore evolutivo: Protezione dal pericolo
- Livello centrale: Conflitto tra libertà/solitudine e compagnia/oppresione
- 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)

LIBRI IN ITALIANO DA CONSULTARE

- Hawton K., Salkovskis P.M., Kirk J., Clark D.M. (2016), Manuale di terapia cognitivo-comportamentale, Fioriti, Roma.
- Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M. (2006), a cura di, Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento, Cortina, Milano.
- Aquilar F., Del Castello E. (1998), Psicoterapia delle fobie e del panico. Comportamento, convinzioni, attaccamento, relazioni intime, livelli di coscienza, Franco Angeli, Milano.

METODI GENERALI - 1

- Ascolto empatico
- Teoria dell'attaccamento e base sicura
- Riconoscere le emozioni
- Conflitto tra programmi
- Sistemi motivazionali interpersonali
- Funzioni metarappresentazionali
- Metacognizione: autoriflessività, comprensione della mente altrui, mastery

METODI GENERALI - 2

- Ironia e maieutica: il metodo socratico di Beck
- Ristrutturazione razionale sistematica: il metodo di Ellis
- Desensibilizzazione sistematica e flooding
- Self-instructional training
- Stress inoculation training

METODI GENERALI - 3

- Desensibilizzazione in vivo: fuori dallo studio insieme (overt e covert)
- Tecniche di rilassamento e respirazione
- L'occhio della mente: il metodo di Lazarus
- Ipnosi cognitiva
- Metafore terapeutiche: racconti
- Auto-disvelamento dello

METODI GENERALI - 4

- Terapia della padronanza guidata:
il metodo di Williams sulla teoria
di Bandura
- Disorientare il panico
- Magliette psicoterapeutiche
- Tecniche di arte-terapia
- Tecniche di gruppo
- Un supporto: il gruppo di auto-

ESEMPIO CLINICO DISTURBI FOBICI

- Amore, paura e paura dell'amore
- Paura dell'abbandono e della solitudine
- Paura dei malesseri improvvisi
- Controlli incrociati reciproci
- Infedeltà nel pensiero e nell'azione
- Sincerità e menzogne difensive
- Bassa consapevolezza emozionale
- Paura preponderante

LA RESISTENZA AL CAMBIAMENTO

- Organizzazioni miste
- Disturbi di personalità
- Disturbi dissociativi
- Fattori relazionali-familiari
- Vantaggi secondari
- Lealtà invisibili
- Paura di perdere l'identità
- Traumi nascosti

RICADUTE E REGRESSIONI

- La delusione fobica
- Lutti
- Malattie personali e/o familiari
- Problemi di attaccamento romantico
- Tradimenti
- Lavoro e carriera
- Fasi del ciclo di vita

PROCEDURE 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

DISTURBI DI PERSONALITÀ: LIBRI IN ITALIANO DA CONSULTARE

- Liotti G. (2001), *Le opere della coscienza, Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Cortina, Milano.
- Liotti G., Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Cortina, Milano.
- Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (2016), a cura di, *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*, Laterza, Roma-Bari.
- Dimaggio G., Semerari A. (2003), a cura di, *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Roma-Bari.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. (2018), *Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità*, Erickson, Trento.
- Beck A.T., Freeman A. (1998), *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*, Mediserve, Napoli.

DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITÀ

- 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 possibileennesima 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)

DIFFICOLTÀ SPECIFICHE CON IL DISTURBO EVITANTE

- Terapia individuale con il partner del paziente evitante
- Il dolore di non appartenere
- Collusioni nascoste di coppia
- Nebulosità degli obiettivi
- Emozioni di rabbia, invidia, disprezzo, isolamento, vendetta

DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ

- 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)

DIFFICOLTÀ SPECIFICHE CON IL DISTURBO DIPENDENTE

- Compiacenza apparente verso il terapeuta
- Impossibilità di sviluppare l'autonomia
- Stati mentali problematici ricorrenti
- Si offre per compiti sgradevoli
- Aspettative di riconoscimento e di risarcimento
- Le funzioni dell'ascesa culturale e sociale
- La riduzione delle aspettative irrealistiche

DISTURBO ISTRIONICO DI PERSONALITÀ

- Vede la negoziazione interpersonale 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).

DIFFICOLTÀ SPECIFICHE CON IL DISTURBO ISTRIONICO

- Tutto è drammatico ma niente è serio
- Necessità di seduzione coatta
- Amplificazione senza controllo degli stati emotivi
- Qualità specifiche dell'idealizzazione e della svalutazione propria e altrui
- Sensibilità al giudizio con caratteristiche specifiche

DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

- La persona è caratterizzata da eccessive richieste di validazione, con pensiero dicotomico e disregolazione emozionale;
- Si avvicina alla negoziazione interpersonale 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)

DIFFICOLTÀ SPECIFICHE CON IL DISTURBO BORDERLINE

- Stati mentali problematici ricorrenti
- Dignità e indegnità
- Rappresentazione di sé, degli altri e del mondo continuamente e “inaspettatamente” cangiante
- Ridotte funzioni metacognitive
- Oscillazioni dell'autostima
- Senso di vuoto e comportamenti parasuicidari

DISTURBO DI PERSONALITÀ OSSESSIVO-COMPULSIVO

- 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)

DIFFICOLTÀ SPECIFICHE CON IL DOCP

- Incomprensione ricorrente del significato globale delle sequenze comunicative, incluse quelle della psicoterapia
- Prevenzioni e bias negativi continuamente attivi
- “C’è sempre una soluzione giusta, esatta e perfetta per ogni problema umano ed è una catastrofe se non la si trova” (A.Ellis)

DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ

- 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).

DIFFICOLTÀ SPECIFICHE CON IL DISTURBO NARCISISTICO

- Coppie tipiche: narcisisti e dipendenti
- La rabbia del terapeuta verso i narcisisti
- Soddisfare il narcisismo fisiologico
- Comportamenti agonistici rituali e definizioni del rango
- Utilizzare le aspettative narcisistiche per migliorare le negoziazioni interpersonali
- Dal narcisismo alla sana “vanità”

DISTURBO PARANOIDE DI PERSONALITÀ

- 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)

DIFFICOLTÀ SPECIFICHE CON IL DISTURBO PARANOIDE

- La regola del sospetto
- Sincerità, affidabilità e fedeltà
- Il metodo ESCA di Beck: Altre Interpretazioni Possibili
- Ironia e maieutica
- Le funzioni positive del partner paranoide
- Le funzioni positive della struttura paranoide
- Disturbo paranoide come strumento adattivo

ECCESSO DI AUTOCRITICA

- 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

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)

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: senso di inadeguatezza e timore di esclusione
- (Aquilar, 2000, 2012, 2013; Gilbert, 2005, 2009)

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 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)

SCHEMI PERSONALI RICORRENTI

- Ogni disturbo psicopatologico 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)

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 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 intervizioni ricorrenti di gruppo.

FATTORI DI RESILIENZA - 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 - 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 - 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. Rituali familiari e routines strutturate funzionali

(Walsh, 2007; Dattilio, 2009)

TESTI IN ITALIANO SULL'IPNOSI IN PSICOTERAPIA COGNITIVA

- Aquilar F. (2015), Casi speciali: l'ipnosi in psicoterapia cognitivo-comportamentale, in: Aquilar F., a cura di, Parlare d'amore. Psicologia e psicoterapia cognitiva delle relazioni intime, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F. (2017), Psicoterapia cognitiva delle memorie problematiche con e senza ipnosi, in: Aquilar F., Pugliese M.P., a cura di, Condividere i ricordi. Psicoterapia cognitiva e funzioni della memoria, Franco Angeli, Milano.
- Casilli C. (2017), L'esperienza ipnotica in psicoterapia, Manuale pratico di ipnoterapia cognitiva, Alpes, Roma.
- Del Castello E., Casilli C. (2016), L'induzione ipnotica. Manuale pratico, Franco Angeli, Milano.

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)

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

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, TEORIA DELL'ATTACCAMENTO E TEORIA MULTIMOTIVAZIONALE

- 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 INTERPERSONALE

- Metacognizione interpersonale: 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

PREVENZIONI 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)

PREVENZIONI 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 utilizzare, progressiva uscita dalla trance, commento, ratifica, verifica rispetto alla singola persona (Aquilar, 2015).

CONCLUSIONI - 1

- La psicoterapia di area cognitivo-comportamentale attuale presenta numerose versioni, sviluppate negli ultimi anni allo scopo di ridurre la resistenza al cambiamento.
- Nell'ambito dell'approccio cognitivo-comportamentale basato sulla teoria dell'attaccamento di Bowlby, sulla teoria multimotivazionale di Liotti e sul modello cognitivo-sociale appare centrale il ruolo della relazione terapeutica
- Le procedure cognitivo-comportamentali standard rappresentano una base iniziale del trattamento

CONCLUSIONI - 2

- Compito dello psicoterapeuta è mirare alla riduzione dei sintomi psicopatologici, non solo attraverso l'uso di tecniche specifiche cognitivo-comportamentali standard, ma anche:
 1. Puntando ad aumentare le capacità cognitive, metacognitive, emotive, negoziali, comunicative e metacomunicative di ciascun individuo;
 2. Armonizzando i sistemi motivazionali interpersonali;
 3. Riducendo la disorganizzazione dell'attaccamento e la eventuale dissociazione della coscienza;
 - 4.4. Incrementando le abilità metacognitive interpersonali, le abilità sociali e l'intelligenza emotiva.