

PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DELLE DIPENDENZE AFFETTIVE

**UN MODELLO ATTACCAMENTALE,
EVOLUZIONISTA E PSICOSOCIALE**

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*

Dipendenze affettive

- Le dipendenze affettive possono essere di diversi livelli e di diversi tipi, che variano dall'amore preoccupato fino al disturbo dipendente di personalità
- Secondo Robert J. Sternberg (2019) l'amore come dipendenza è caratterizzato da un attaccamento fortemente ansioso, con un comportamento di «aggrappamento» all'altra persona e con sviluppo di una marcata ansia anche al solo pensiero di poter perdere la persona amata. Nell'esperienza amorosa queste persone provano anche forti e frequenti sentimenti di invidia e di gelosia.
- Se la persona soffre di Disturbo Dipendente di Personalità la situazione si fa più complicata, a causa della necessità pervasiva di essere accuditi da cui sono afflitte queste persone, che determina comportamento sottomesso e dipendente, con timore della separazione e tendenza ad offrirsi spontaneamente per compiti sgradevoli, per evitare il temuto allontanamento.

Misurare la dipendenza affettiva: gli strumenti psicodiagnostici

- Fra i numerosi strumenti psicodiagnostici messi a punto dai ricercatori, quattro appaiono particolarmente interessanti:
- 1. PASSIONATE LOVE SCALE (Feeney & Noller, 1990)
- 2. LOVE ADDICTION SELF-ASSESSMENT (Hartfield & Sprecher, 1986)
- 3. LOVE ADDICTION INVENTORY (Costa et al. 2019)
- 4. INVENTORY FOR LOVE ADDICTION (INLOAD) (Lebruto et al., 2022)
- I protocolli dei primi tre strumenti sono riportati nel volume:
 - Antonelli P. (2022), *Le dipendenze affettive*, Giunti, Firenze
- Il protocollo del quarto strumento è riportato nel volume:
 - Lebruto A., Calamai G., Caccico L., Ciorciari V. (2022), *Dipendenza affettiva*, Erickson, Trento

INVENTORY FOR LOVE ADDICTION

- 1

(Lebruto, 2022)

- Lo strumento prevede 7 variazioni possibili di accordo con le affermazioni, scondo il seguente schema: 1. Fortemente in disaccordo; 2. In disaccordo; 3. Leggermente in disaccordo; 4. Neutrale; 5. Leggermente d'accordo; 6. D'accordo; 7. Fortemente d'accordo
- Lo strumento è composto dai seguenti 30 items:
 1. LA MIA VITA E' VUOTA SENZA IL MIO PARTNER
 2. NON POSSO VIVERE SENZA IL MIO PARTNER
 3. IL MIO PARTNER MI FA SENTIRE COMPLETO
 4. QUANDO SONO LONTANO DAL MIO PARTNER MI SENTO DISPERATO, SCORAGGIATO E IN ANSIA
 5. ACCONTENTO OGNI RICHIESTA DEL MIO PARTNER

INVENTORY FOR LOVE ADDICTION

- 2

- SONO UNA PERSONA SENSIBILE E VULNERABILE
- A VOLTE MI SENTO INADEGUATO
- LA MIA MENTE E' INVASA DA PENSIERI SUL MIO PARTNER
- HO BISOGNO DEL MIO PARTNER
- NON HO FIDUCIA NELLE MIE ABILITA' E NELE MIE RISORSE
- TRASCURO LE MIE ATTIVITA' QUOTIDIANE, PERCHE' L'UNICA COSA CHE CONTA E' IL TEMPO TRASCORSO CON IL MIO PARTNER
- LA RELAZIONE COL MIO PARTNER DA' SIGNIFICATO ALLA MIA VITA
- NON MI SENTO MAI ALL'ALTEZZA DELLE SITUAZIONI
- HO PAURA DI ESSERE ABBANDONATO

INVENTORY FOR LOVE ADDICTION

- 3

- QUANDO SONO LONTANO DAL MIO PARTNER, NON RIESCO A RESISTERE ALL'IMPULSO DI CONTATTARLO
- NON RIESCO A IMMAGINARE LA MIA VITA SENZA IL MIO PARTNER
- MI REPUTO UNA PERSONA INSICURA, INCERTA ED ESITANTE
- HO UN COMPORTAMENTO SOTTOMESSO VERSO IL MIO PARTNER
- TENDO A NEGARE I MIEI BISOGNI E I MIEI DESIDERI E A NON AVANZARE RICHIESTE AL MIO PARTNER PER PAURA DI COMPROMETTERE LA MIA RELAZIONE
- IL MIO PARTNER E' LA MIA SALVEZZA
- HO BISOGNO DEL MIO PARTNER PER SENTIRMI VIVO

INVENTORY FOR LOVE ADDICTION

- 4

- SOFFRO QUANDO LE ALTRE PERSONE MI CRITICANO
- SE VOGLIO RICEVERE L'AMORE DA PARTE DEL MIO PARTNER DEVO ESSERE COME LUI MI VUOLE
- HO DEI PENSIERI OSSESSIVI SUL MIO PARTNER
- IL MIO PARTNER E' IL MIO PUNTO DI RIFERIMENTO
- SAREI DISPOSTO A FARE COSE CHE NON MI PIACCIONO, NON MI INTERESSANO E CHE NON AVREI MAI IMMAGINATO DI FARE PUR DI PIACERE AL MIO PARTNER
- TENDO A SOFFOCARE IL MIO PARTNER
- QUANDO SONO COL MIO PARTNER MI SENTO VIVO
- PROVO ANGOSCIA AL SOLO PENSIERO DI PERDERE IL MIO PARTNER
- NON RIESCO A FARE A MENO DEL MIO PARTNER

PSICOTERAPIA COGNITIVO- COMPORAMENTALE DELLE DIPENDENZE AFFETTIVE

- Indipendentemente dai fattori psicometrici e psicodiagnostici, l'inventario della Lebruto (2022) rappresenta un ottimo elenco delle frasi che, nella conversazione psicoterapeutica, identificano e segnalano la possibile presenza di dipendenza affettiva
- La dipendenza affettiva, in diverse forme e in diversi livelli di gravità, può riscontrarsi in numerose sindromi psicopatologiche, come fattore ulteriore di disfunzionalità
- Andiamo ora a vedere sinteticamente le caratteristiche attuali della Teoria dell'Attaccamento, delle attuali forme di CBT, le funzioni del modello psicosociale in psicoterapia cognitivo-comportamentale, i sottotipi attuali di CBT, incluso il modello psicosociale, e le caratteristiche principali dei diversi disturbi psicopatologici, per poi valutare l'impatto e le strategie di modificazione della eventuale dipendenza affettiva riscontrata nel paziente

Specificità del modello italiano da Guidano e Liotti in poi

- Grande merito italiano è stato l'inserimento della Teoria dell'Attaccamento di Bowlby (1969) nella psicoterapia comportamentale a partire dal loro primo libro del 1979
- Molti cognitivisti da allora seguono la Teoria dell'Attaccamento, in tutte le sue evoluzioni.
- L'Handbook of Attachment, curato da Jude Cassidy e Phillip R. Shaver, giunto alla sua terza edizione (2018), presenta in maniera ampia tutte le ultime evoluzioni del modello attaccamentale
- Tutte le pubblicazioni di Giovanni Liotti (1945-2018) sono rimaste all'interno del cognitivismo basato sull'attaccamento
- Numerosi altri autori internazionalmente rilevanti hanno seguito queste indicazioni
- Vittorio F. Guidano, invece, dopo il loro rivoluzionario volume «Cognitive processes and emotional disorders» del 1983 per le edizioni Guilford di New York, ha sviluppato un modello costruttivista

Comportamenti genitoriali patogeni: l'Esalogo di Bowlby

- In *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Bowlby (1979) riassume i principali comportamenti patogeni genitoriali, alla luce delle ricerche longitudinali alla base della sua Teoria dell'Attaccamento. In estrema sintesi:
- Genitori persistentemente insensibili al comportamento di richiesta di cure del bambino, e che disprezzino o rifiutino questo comportamento di richiesta di cure;
- Discontinuità di cure da parte dei genitori, anche dovuto a cause non volute, quali un ricovero in ospedale o in istituto;
- Minacce continue e persistenti di non amare il bambino, usate come mezzo di controllo;
- Minacce di uno o dei due genitori di abbandonare la famiglia, usate sia come mezzo di coercizione nei confronti del coniuge, sia come mezzo per controllare il comportamento del bambino;
- Minacce di un genitore di abbandonare o di uccidere l'altro, o di suicidarsi;
- Indurre un figlio a sentirsi in colpa, dichiarando che il suo comportamento è o sarà causa di malattia o di morte dei genitori.

La relazione terapeutica: l'Esalogo di Liotti

- In un modo straordinariamente innovativo e diretto, Giovanni Liotti sintetizza in questo modo la posizione dello psicoterapeuta nei confronti di ogni paziente (Liotti, 2007, pp. 154-155, *traduzione dello scrivente*):
- lo fermamente voglio che lei sopravviva;
- lo voglio che lei spenda con me ogni singolo minuto che abbiamo pianificato di spendere insieme, e che ognuno di noi sia lucidamente consapevole della presenza dell'altro, per quanto possibile;
- lo voglio che lei si trattienga dal ferire se stesso o se stessa, anche con relativamente minori aggressioni al suo benessere e alla sua felicità;
- lo voglio che lei si sforzi attivamente per incrementare il suo benessere e la sua felicità;
- lo mi occuperò estensivamente delle sue esperienze traumatiche passate solo quando ognuno di noi conoscerà le caratteristiche dell'altro talmente bene da non percepirmi come incline a svergognare lei o la sua famiglia, ma piuttosto per comprendere e condividere il lato più oscuro delle sue esperienze passate;
- lo sono preparato ad accettare che lei mi lascerà e sarà autonoma/o tanto rapidamente quanto lei sarà in grado di prendersi cura di se stessa/o.

La dipendenza affettiva può rappresentare un vantaggio evolutivo

- Ogni vera indipendenza deriva da una dipendenza
- La dipendenza affettiva è fisiologica in numerose fasi della vita e anche in una fase della relazione terapeutica
- Evoluzionisticamente, la dipendenza affettiva può rappresentare una fonte di maggiore protezione, da parte di chi appaia al soggetto più forte o più saggio
- Ecco perché occorre lasciare una fase di dipendenza, assicurando l'attaccamento del paziente attraverso la relazione terapeutica, prima di provare a ristrutturarla
- A riduzione delle dipendenze affettive, di fatto, passa attraverso la rassicurazione dell'attaccamento e la modificazione dei Modelli Operativi Interni del paziente.

Attaccamento ansioso e Modelli Operativi Interni

- Il Modello Operativo Interno dell'Attaccamento insicuro include la concezione tacita del Sé come indegno di reali cure e di affetto e degli altri come indegni di fiducia in quanto:
 - A) Ostili o indifferenti
 - B) Intrusivi e imprevedibili
 - C) A loro volta troppo sofferenti e bisognosi di aiuto per essere affidabili

Relazione terapeutica sicura

- Attraverso una relazione terapeutica sicura, si può assicurare l'attaccamento e ridurre la dipendenza affettiva
- Nel corso della lezione vedremo come e perché

Attaccamento sicuro guadagnato

Una brillante ricerca di Dansby Olufowote e colleghi (2019) spiega come «guadagnare» un attaccamento sicuro in cinque passi

1. Essere intenzionali rispetto al cambiamento focalizzato sull'attaccamento
2. Disporre di figure di attaccamento sostitutive
3. Ridefinire la propria identità e dignità
4. Rivisitare la storia della famiglia di origine
5. Estendersi all'esterno, diventando a propria volta una figura di attaccamento sicuro

Modello del Processo di Attaccamento Sicuro Guadagnato

(Dansby Olufowote & Coll., 2019)

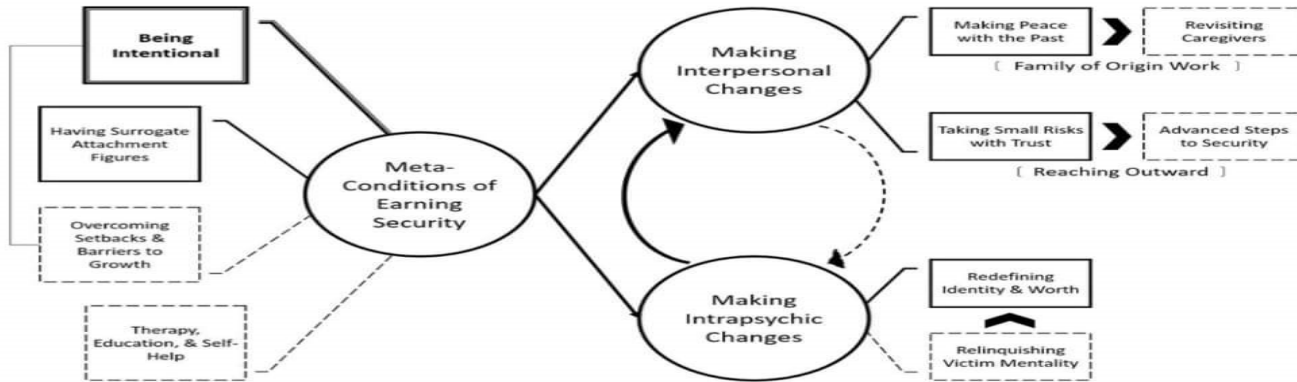


Figure 1. Process Model of Earning Secure Attachment

Copyright belongs to the Journal of Marital and Family Therapy

Elementi della CBT attuale (Hayes & Hofmann, 2020) - 1

1. Processi comportamentali
2. Cognizione funzionale
3. Emozioni
4. Neuroscienze dei processi di base
5. Principi evoluzionistici
6. Gestione delle eventualità e delle contingenze
7. Controllo dello stimolo
8. Shaping (modellamento o frazionamento)
9. Gestione di sé
10. Riduzione dell'attivazione psicofisiologica

Elementi della CBT attuale (Hayes & Hofmann, 2020) - 2

11. Coping e regolazione emotiva
12. Problem solving
13. Strategie di esposizione
14. Attivazione comportamentale
15. Abilità interpersonali
16. Rivalutazione cognitiva
17. Modifica delle credenze di base
18. Defusione cognitiva
19. Coltivare l'accettazione psicologica
20. Scelta e chiarificazione dei valori
21. Conoscenza della mindfulness
22. Rafforzamento delle motivazioni

Elementi della Psicologia Sociale rilevanti per la psicoterapia cognitivo-comportamentale

- 1) Cognizione sociale
- 2) Attrazione interpersonale
- 3) Influenza sociale
- 4) Atteggiamenti (descrizione, valutazione, indicazioni per l'azione)
- 5) Il Sé: autoregolazione, motivazione ed emozioni
- 6) L'aggressività
- 7) La prosocialità
- 8) Appartenenza ed esclusione sociale
- 9) Pregiudizi
- 10) Psicologia ambientale
- 11) Psicologia politica
- 12) Neuroscienze sociali
- 13) Categorizzazione sociale e stereotipizzazione

(Aquilar, 1996, 2015, 2020; Eiser, 1983; Andrighetto & Riva, 2020)

Sottotipi attuali della psicoterapia cognitivo-comportamentale

- Approccio metacognitivo interpersonale (Semerari, Carcione, Nicolò, Procacci, Dimaggio): metacognizione interpersonale (autoriflessività, comprensione della mente altrui, mastery), stati mentali, cicli interpersonali
- Approccio multimotivazionale (Liotti): teoria dell'attaccamento, sistemi motivazionali interpersonali: attaccamento, accudimento, sessualità, cooperazione, competizione, affiliazione, gioco sociale)
- Approccio basato sulla "compassion" (Gilbert)
- Approccio basato sugli schemi emozionali (Leahy)
- Dialectical behavior therapy (DBT, Marsha Linehan)
- 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

Psicoterapia cognitiva sociale

La psicoterapia cognitiva sociale (Aquilar, 2010, 2011, 2013, 2015, 2017, 2020), derivante da uno sviluppo del modello di Albert Bandura, si caratterizza fra l'altro per una costante attenzione ai contributi della psicologia sociale, intesa come lo studio scientifico dei modi attraverso cui i pensieri, i sentimenti e i comportamenti delle persone vengono influenzati dalla presenza reale o immaginaria degli altri (Allport, 1985), ed è costituita da tre aree principali:

- **a) terapia cognitivo-comportamentale (CBT)**, con attenzione specifica ai processi emotivi, metacognitivi, interpersonali e multimotivazionali;
- **b) psicologia e psicopatologia dello sviluppo** (con attenzione specifica ai processi di attaccamento, di alterazione degli stati di coscienza 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

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. Potenziamento delle intelligenze specifiche
11. Career counseling
12. Adeguamento degli obiettivi alla fase del ciclo di vita

Piani di intervento psicoterapeutico

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

Piani di intervento psicoterapeutico - 2

9. Attaccamento infantile
10. Attaccamento adulto
11. Funzioni meta-cognitive
12. Significati espliciti ed ipotesi di significati impliciti
13. Presente qui-ed-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

Psicoterapia scientifica: elementi efficaci derivanti da altri modelli psicoterapeutici

- Psicoterapia interpersonale: riorganizzazione dei ritmi sociali e interpersonali (Ellen Frank)
- Psicoterapia umanistica: riorganizzazione dei temi riguardanti la speranza (Richard C. Snyder)
- Psicoterapia psicomodinamica: terapia focalizzata sul transfert (Otto Kernberg, 2023); terapia basata sull'attaccamento (Jeremy Holmes); il modello di Houston, Texas (Glen O. Gabbard)
- Psicoterapia sistemico-familiare: intimità e trame familiari (Maurizio Andolfi); polarità semantiche familiari come fattori di costruzione dei disturbi psicopatologici (Valeria Ugazio)

Bibliografia essenziale

Per comprendere meglio questa parte della lezione di oggi è comunque consigliabile la conoscenza dei seguenti testi:

- Aquilar F. (2011), *Social cognitive psychotherapy*, in: Aquilar F., Galluccio M., eds., *Psychological and political strategies for peace negotiation. A cognitive approach*, Springer, New York.
- Aquilar F. (2014), *Riconoscere le emozioni. Terza versione*, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F. (2020), *Mai più lacrime di coccodrillo. Saper scegliere senza pentirsene*, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F., Pugliese M.P. (2010), *Psicoterapia cognitiva della depressione*, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F., Pugliese M.P. (2017), *Condividere i ricordi*, Franco Angeli, Milano.
- Beck J.S. (2013), *La terapia cognitivo comportamentale*, Astrolabio, Roma
- 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
- Hayes S.C., Hofmann S. (2020), eds., *Process-based CBT. I processi e le competenze di base della terapia cognitivo-comportamentale*, Fioriti, Roma.
- Leahy R.L. (2016), *Emotional schema therapy*, Eclipsi, Firenze
- 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.
- Nicolò G., Pompili E. (2021), *Psichiatria territoriale*, Cortina, Milano.
- Woods D.W., Kanter J.W. (2016), *Disturbi psicologici e terapia cognitivo-comportamentale. Modelli e interventi clinici di terza generazione*, Franco Angeli, Milano.

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)

Nel DSM-5-TR (2023)

- I Disturbi Alimentari sono inseriti nella categoria dei «Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione». Come Disturbi Alimentari vanno considerati:
- Anoressia Nervosa (Tipo con restrizioni; Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione)
- Bulimia Nervosa
- Disturbo da binge-eating

Libri in italiano da consultare

- 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.
- Dalle Grave R. (2015), La terapia cognitivo comportamentale multistep dei disturbi dell'alimentazione, Teoria, trattamento e casi clinici, Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R. (2018), Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo-comportamentale, Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R. (2023), Terapia cognitivo-comportamentale del disturbo da binge-eating. La guida per i pazienti, Positive Press, Verona.

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)

Nel DSM-5-TR (2023)

- Nel DSM-5-TR è presente una categoria indicata come: «Disturbo Ossessivo-Compulsivo e Disturbi Correlati, tra i quali si segnalano:
- Disturbo ossessivo-compulsivo
- Disturbo da distorsione corporea
- Disturbo da accumulo
- Tricotillomania
- Disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle)

Libri in italiano da consultare

- Aquilar F., Pugliese M.P. (2017), a cura di, Condividere i ricordi. Psicoterapia cognitiva e funzioni della memoria, Franco Angeli, Milano.
- Liotti G. (2001), Le opere della coscienza, Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, Cortina, Milano.
- Liotti G. (2015), La dimensione interpersonale della coscienza. Nuova edizione, Carocci, Roma.
- Mancini F. (2016), a cura di, La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo, Cortina, Milano
- Melli G., Carraresi C. (2023), a cura di, La terapia cognitivo comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo. Manuale completo per l'assessment e il trattamento, Erickson, Trento.
- Sanavio E. (2014), Ossessioni, Il Mulino, Bologna

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)

Nel DSM-5-TR (2023)

Nel capitolo sui Disturbi Depressivi:

- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo depressivo persistente
- Disturbo disforico premestruale

Nel capitolo sul Disturbo Bipolare e disturbi correlati:

- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Disturbo ciclotimico

Nel capitolo sui Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta:

- Disturbo esplosivo intermittente

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.
- Leahy R.L. (2012), *Vincere la depressione*, Cortina, Milano.
- Leahy R.L. (2021), *Non credere a tutto ciò che provi*, Franco Angeli, Milano.
- Leahy R.L. (2023), *Senza rimpianti. Liberarsi degli errori del passato*, Cortina, Milano.
- Rainone A., Mancini F. (2018), a cura di, *La mente depressa. Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva*, Cortina, Milano.
- Wells A. (2018), *Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione*, Erickson, Trento

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)

Nel DSM-5-TR (2023)

- Nel DSM-5-TR i disturbi fobici sono inseriti nel capitolo Disturbi d'ansia, fra i quali sono descritti i seguenti:
- Disturbo d'ansia da separazione
- Fobia specifica
- Disturbo d'ansia sociale
- Disturbo di panico
- Agorafobia
- Disturbo d'ansia generalizzata

Libri in italiano da consultare

- Aquilar F., Del Castello E. (1998), a cura di, Psicoterapia delle fobie e del panico. Comportamento, convinzioni, attaccamento, relazioni intime, livelli di coscienza, Franco Angeli, Milano.
- Hawton K., Salkovskis P.M., Kirk J., Clark D.M. (2016), Manuale di terapia cognitivo-comportamentale, Fioriti, Roma.
- Sanavio E., Sanavio F. (2019), Attacchi e disturbo di panico, Hogrefe, Firenze.
- Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M. (2006), a cura di, Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento, Cortina, Milano.

Disturbi di personalità: Testi in italiano da consultare

- Aquilar F., Galluccio M. (2009), *Negoziazioni interpersonali*, in: Idd. *La negoziazione internazionale come processo psicologico*, Franco Angeli, Milano.
- Beck A.T., Davis D.D. Freeman A. (2021), *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità* Terza edizione, 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.
- Diamond D., Yeomans F.E., Stern B.L., Kernberg O. (2023), *Il trattamento del narcisismo patologico*, Cortina, Milano
- Dimaggio G., Semerari A. (2003), a cura di, *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Roma-Bari
- Linehan M. (2015), *DBT Skills Training. 1. Manuale; 2. Schede e fogli di lavoro*, Cortina, Milano.
- Liotti G., Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Cortina, Milano.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. (2018), *Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità*, Erickson, Trento.

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 emotiva;
- 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
- Stato astenico
- 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

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, soprattutto nel temperare la dipendenza affettiva nelle sue varie forme
- 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:

- Puntando ad aumentare le capacità cognitive, metacognitive, emotive, negoziali, comunicative e metacomunicative di ciascun individuo;
- Armonizzando i sistemi motivazionali interpersonali;
- Riducendo la disorganizzazione dell'attaccamento e la eventuale dissociazione della coscienza;
- Incrementando le abilità metacognitive interpersonali, le abilità sociali e l'intelligenza emotiva.
- Rappresentando una base sicura per il paziente e svolgendo il ruolo di «supplente» delle figure di attaccamento insicuro della storia della sua vita, riletta insieme e rimodulata in psicoterapia.
- L'incremento della sicurezza, derivante dall'attaccamento sicuro «guadagnato», e lo sviluppo dell'autonomia, favorito in forme comportamentali e cognitive in psicoterapia, ridurrà le dipendenze affettive.