

La regolazione affettiva

Un modello psicosociale
e dinamico in psicoterapia
cognitivo-comportamentale

A cura di

Francesco Aquilar
e Maria Pia Pugliese



FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

La regolazione affettiva

Un modello psicosociale
e dinamico in psicoterapia
cognitivo-comportamentale

A cura di

Francesco Aquilar
e Maria Pia Pugliese

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Isbn: 9788835179399

In copertina: Heart © Yamu_Jay | by Pixabay

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza
d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Ai nostri pazienti

Indice

Introduzione,		
di Francesco Aquilar e Maria Pia Pugliese	pag.	13
1. Elementi di psicoterapia cognitivo-comportamentale psicosociale per la regolazione affettiva,		
di Francesco Aquilar	»	17
1. L'inizio della psicoterapia: dialogo verbale, comunicazione non-verbale e semiotica cognitiva	»	19
2. Il racconto della persona-paziente: tra dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata	»	19
3. Sviluppi della psicoterapia cognitivo-comportamentale	»	20
4. Specificità del modello italiano: l'esalogo di Liotti	»	21
5. Specificità dell'approccio basato sull'attaccamento: l'esalogo di Bowlby	»	22
6. La regolazione tra dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata	»	23
7. Definizioni e continuum: dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata	»	24
8. Dipendenza affettiva, autosufficienza obbligata e attaccamento sicuro guadagnato	»	25
9. Psicologia sociale e regolazione affettiva	»	26
10. Caratteristiche strutturali della psicoterapia cognitivo-comportamentale psicosociale	»	28
11. Il caso di Mario	»	29
12. Il caso di Gianna	»	31
13. Il caso di Brigitta e Roberto	»	33
14. Fallimenti psicoterapeutici	»	35

2. La regolazione affettiva come continuum tra dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata,		
di Francesco Aquilar	»	36
1. Psicologia dell'amore e psicoterapia cognitiva	»	36
2. L'amore come interlocuzione privilegiata	»	36
3. Ventisei tipi di storie d'amore	»	37
4. Dimensioni dell'intimità, configurazioni relazionali e interlocuzione privilegiata	»	38
5. Autosufficienza obbligata, compulsiva fiducia in se stessi e rivoluzioni personali	»	39
6. Modelli di trattamento, criteri diagnostici e manovre cliniche	»	41
7. Psicoterapia cognitivo-comportamentale psicosociale a più basi sicure	»	43
8. Un caso di dipendenza affettiva	»	44
9. Un caso di autosufficienza obbligata	»	47
10. Sequenza della psicoterapia cognitivo-comportamentale psicosociale	»	50
11. Funzioni per la regolazione affettiva nell'autosufficienza obbligata in amore	»	53
12. Verso un equilibrio tra dipendenza e autosufficienza mediante la cooperazione paritaria in amore	»	57
13. Aree di regolazione affettiva e psicopatologia	»	61
14. Disturbi alimentari	»	63
15. Disturbi ossessivo-compulsivi	»	65
16. Disturbi depressivi	»	66
17. Disturbi fobici	»	68
18. Disturbi di personalità: stili di negoziazione interpersonale	»	70
19. Disturbo dipendente di personalità: caratteristiche negoziali e difficoltà specifiche	»	71
20. Disturbo istrionico di personalità: caratteristiche negoziali e difficoltà specifiche	»	72
21. Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità: caratteristiche negoziali e difficoltà specifiche	»	73
22. Disturbo borderline di personalità: caratteristiche negoziali e difficoltà specifiche	»	74
23. Disturbo paranoide di personalità: caratteristiche negoziali e difficoltà specifiche	»	75
24. Disturbo narcisistico di personalità: caratteristiche negoziali e difficoltà specifiche	»	76

25. Applicazioni cliniche della teoria dei valori di Schwartz per la regolazione affettiva	»	78
26. Conclusioni	»	80
3. La regolazione affettiva in psicoterapia, di Maria Pia Pugliese	»	82
1. Attaccamento, neurobiologia e regolazione affettiva	»	83
2. Dalla strange situation all'autoregolazione affettiva	»	84
3. La pratica clinica della regolazione affettiva	»	85
4. Mentalizzazione e metacognizione	»	88
5. Forme di disregolazione nella dipendenza affettiva	»	90
6. Relazioni d'amore disfunzionali e interdipendenza funzionale	»	92
7. In psicoterapia	»	93
8. Conclusioni	»	94
4. Modificare la comunicazione nelle dipendenze affettive, di Rita Ascolese	»	97
1. L'analisi sociologica della comunicazione	»	97
2. La comunicazione interpersonale e le sue forme	»	98
3. La comunicazione attraverso i new media e le sue implicazioni	»	101
4. Quando la dipendenza dalla rete si intreccia con la dipendenza affettiva	»	103
5. La comunicazione nelle dipendenze affettive e l'assertività	»	104
6. Incrementare la comunicazione assertiva	»	106
5. Le fantasie di unione, di abbandono e di isolamento, di Francesca Conte	»	111
1. Le fantasie in psicologia: introduzione, definizione e cenni storici	»	111
2. Fantasie di unione, abbandono e isolamento: fenomenologia ed aspetti emotivi	»	114
3. Fantasie fisiologiche e fantasie disfunzionali	»	115
4. Fantasie di unione, abbandono e isolamento nella prospettiva degli stili di attaccamento	»	118
5. Quando le fantasie di unione, abbandono e isolamento diventano disfunzionali: esempi clinici	»	119
6. Trattare le fantasie di unione, abbandono e isolamento in psicoterapia cognitiva	»	120

6. Interazioni di coppia tra dipendenza e autosufficienza,		
di Ilaria De Lia	»	122
1. Essere eccessivamente dipendenti dal partner:		
Giovanna e Mariano	»	123
2. Avere un partner eccessivamente dipendente:		
Vincenzo e Luigi	»	125
3. Essere eccessivamente autosufficienti: Sabrina e Marco	»	126
4. Le proposte di intervento in psicoterapia	»	128
7. Dipendenza affettiva sociale in adolescenza e in adulescenza,		
di Katia Russo	»	130
1. Le dipendenze sociali, comportamentali o “new addiction”	»	130
2. L’adolescenza e lo sviluppo delle dipendenze	»	131
3. Le dipendenze tecnologiche in adolescenza		
tra iperconnessione “social” e disconnessione relazionale	»	134
4. Adolescenti senza tempo come prodotto di giovanilismo		
e narcisismo: la figura dell’adultescente tra		
“dipendenze tecnologiche” e disimpegno relazionale	»	139
8. Mindfulness per la regolazione affettiva,		
di Claudia Di Manna	»	146
1. Introduzione alla mindfulness	»	146
2. Obiettivi della mindfulness	»	147
3. I principi della mindfulness	»	148
4. Mindfulness e dipendenze	»	150
5. Implicazioni della mindfulness nella dipendenza affettiva	»	151
6. Consapevolezza interpersonale per l’autonomia emotiva		
nelle relazioni	»	152
7. Conclusioni	»	153
9. L’autosufficienza obbligata come difesa,		
di Michelina Caccavale	»	154
1. Il caso clinico di Carla	»	154
2. Genesi e funzioni dell’autosufficienza obbligata	»	155
3. L’autosufficienza obbligata: l’altro come pericolo	»	157
4. Riflessioni sull’amore	»	158
5. Conclusioni	»	160

10. Attacchi di panico, emozioni di paura e desideri contrastanti,		
di Filomena Tagliamonte	»	162
1. Trattamento psicoterapeutico degli attacchi di panico	»	162
2. Una descrizione multiculturale delle emozioni: il modello di Watt Smith	»	163
3. L'emozione di paura e le sue connessioni	»	164
4. Desideri contrastanti: un caso clinico	»	166
5. Conclusioni	»	168
11. Regolazione affettiva nel disturbo dipendente di personalità,		
di Rosaria D'Angelo	»	169
1. Modello metacognitivo interpersonale	»	170
2. Cicli interpersonali disfunzionali	»	172
3. Manifestazioni nei contesti interpersonali	»	173
4. Strategie psicoterapeutiche	»	173
5. Regolazione affettiva nel disturbo dipendente	»	176
6. Rapporto tra dipendenza affettiva e disturbo dipendente di personalità	»	177
7. Obiettivi della terapia cognitivo-comportamentale	»	178
8. Conclusioni	»	179
12. Autosufficienza obbligata nei disturbi ossessivo-compulsivi,		
di Annunziata Cotena	»	180
1. Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo ossessivo-compulsivo di personalità	»	180
2. Tipologie di ossessioni e di compulsioni	»	181
3. Autosufficienza obbligata	»	184
4. Affettività e dipendenza affettiva	»	186
5. Trattamento psicoterapeutico	»	186
6. Conclusioni	»	187
13. Test psicologici per le dipendenze affettive,		
di Michela Balsamo	»	189
1. Il costrutto di dipendenza affettiva	»	189
2. Assessment multidimensionale	»	190
3. Valutazione della dipendenza affettiva	»	193
4. Conclusioni	»	200

14. La regolazione affettiva come elemento cardine nelle relazioni,	
di Maria Pia Pugliese	» 201
1. Fondamenti teorici della regolazione affettiva: una rassegna	» 201
2. La regolazione affettiva nei contesti relazionali: implicazioni cliniche	» 204
3. Conclusioni	» 204
Conclusioni,	
di Francesco Aquilar e Maria Pia Pugliese	» 207
Appendice.	
La filosofia di Giambattista Vico e la psicoterapia cognitivo-comportamentale,	
di Francesco Aquilar	» 211
1. Lo stoicismo di Epitteto in Albert Ellis e il dialogo socratico in Aaron T. Beck	» 211
2. Cenni su vita e opere di Giambattista Vico	» 212
3. Dodici principi della filosofia di Vico rilevanti per la psicoterapia cognitivo-comportamentale	» 213
4. Diverse forme di ricorsività	» 217
5. Conclusioni	» 217
Gli autori	» 219
Bibliografia	» 221

Introduzione

di Francesco Aquilar e Maria Pia Pugliese

La regolazione affettiva rappresenta una questione fondamentale in psicoterapia ed è stata a lungo studiata da numerosi Autori di diversi orientamenti, soprattutto in ambito psicodinamico, umanistico, relazionale e cognitivo-comportamentale. In questo volume tentiamo di fare il punto sulle problematiche connesse alla regolazione affettiva. Questo obiettivo viene sviluppato attraverso una serie di capitoli che, mediante il contributo di dodici autori, descrivono i processi e le modalità terapeutiche utilizzate.

L'approccio psicosociale in psicoterapia cognitivo-comportamentale, che si caratterizza per l'attenzione riservata ai contributi della psicologia sociale utili per la psicoterapia, connessi alla presenza reale o immaginaria degli altri nella vita delle persone, viene riassunto nel capitolo iniziale di Francesco Aquilar. Quindi, al percorso riguardante la modificazione dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti tipico della terapia cognitivo-comportamentale; e al contributo della teoria dell'attaccamento alla comprensione dei processi, come impostato inizialmente dal rivoluzionario volume di Guidano e Liotti (1983) sulla relazione tra processi cognitivi e disregolazione emotiva mediata dall'attaccamento come descritto da Bowlby (1969), si aggiunge una particolare attenzione dedicata agli aspetti psicosociali dello sviluppo personale: relazioni, carriera, valori, creatività, antropologia culturale, significati intersoggettivi, processi di amore romantico e dimensione sociale delle emozioni. Il nucleo centrale di questo modello, descritto di seguito, è costituito dal fatto che la regolazione affettiva si situi in un continuum fra dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata.

Per chiarire meglio le questioni collegate alla regolazione affettiva, è apparso necessario ricostruire lo stato dell'arte della psicologia dell'amore, che vede il lavoro di Sternberg come fondamentale nella valutazione della questione. In quale rapporto sono la psicologia dell'amore, l'autosufficienza obbligata e la dipendenza affettiva per poterle modificare in senso positivo at-

traverso la psicoterapia cognitiva psicosociale? Questo è l'oggetto del capitolo di approfondimento di Francesco Aquilar.

Il tema generale della regolazione affettiva in psicoterapia viene poi trattato da Maria Pia Pugliese in un capitolo nel quale si riprendono e si armonizzano contributi teorici e clinici derivanti da diversi approcci psicoterapeutici, con particolare attenzione ai processi terapeutici da utilizzare. La "sintonizzazione" tra paziente e psicoterapeuta, i processi di "mentalizzazione", i fondamenti neurobiologici dell'attaccamento e le modalità per ottenere un incremento delle abilità cognitive, metacognitive e relazionali mediante la psicoterapia e l'integrazione tra modello psicodinamico e approccio cognitivo-comportamentale basato sull'attaccamento consentono di presentare un modello strutturato per costituire l'autoregolazione affettiva nel paziente.

Il contributo di Rita Ascolese, sociologa oltre che psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, riguarda invece l'applicazione dei concetti di comunicazione assertiva al contesto di coppia, al fine di trovare un equilibrio tra dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata. Le forme della comunicazione, il linguaggio non-verbale, la comunicazione attraverso i nuovi media e la dipendenza dalla rete e dai social che si può associare alla dipendenza affettiva sono alcuni degli aspetti trattati nel suo capitolo.

Ma a quale tipo di fantasie si associano le preoccupazioni riguardanti la relazione di coppia, specialmente quando la regolazione affettiva appare difficile o problematica? È questo l'obiettivo del capitolo di Francesca Conte, che dopo un excursus storico sul concetto di fantasia in psicologia, esamina la fenomenologia delle fantasie di unione, di abbandono e di isolamento che si manifestano nelle persone che presentano problemi di dipendenza affettiva, di autosufficienza obbligata o di disregolazione affettiva in amore.

Il continuum tra dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata viene esemplificato, nel capitolo di Ilaria De Lia, attraverso la storia di alcune coppie in psicoterapia espressa in tre casi clinici, due riguardanti coppie eterosessuali e l'altra riguardante una coppia omosessuale, poiché le dinamiche tra dipendenza e autosufficienza appaiono identiche nei due tipi di coppia. La concretezza delle storie reali potrebbe consentire al lettore di vedere in azione sia le oscillazioni tra dipendenza e autosufficienza, sia le manovre cliniche messe in atto dalla psicoterapeuta.

In alcuni casi, la dipendenza affettiva si associa alla dipendenza sociale. In adolescenza, questa fase risulta quasi sempre presente nello sviluppo e viene poi superata alla fine dell'adolescenza stessa. Talvolta, invece, la dipendenza affettiva sociale continua molto a lungo nella vita, trasformando anche l'età adulta in una specie di adolescenza permanente, denominata "adulescenza". Sui processi di dipendenza affettiva sociale, sia in adolescenza che in adulescenza, si sviluppa il capitolo di Katia Russo.

Numerosi studi e ricerche dimostrano quanto la pratica della mindfulness possa contribuire alla regolazione affettiva e alla riduzione degli effetti della dipendenza affettiva. Il contributo di Claudia Di Manna descrive con cura le caratteristiche della mindfulness, le sue evoluzioni recenti e la sua applicazione in diversi contesti. La mindfulness, infatti, ha dimostrato una particolare efficacia nel trattamento dei disturbi dell'autoregolazione per ottenere una "calma interiore" e una "gentilezza compassionevole" verso se stessi e gli altri, che si sono rivelate fondamentali per la regolazione affettiva.

Nel capitolo di Michelina Caccavale si mostra come la funzione principale dell'autosufficienza obbligata rappresenti spesso una difesa emotiva, dopo fasi della storia di vita nelle quali, a causa della indisponibilità di figure di attaccamento soddisfacenti, la persona scopre che, per vivere e sopravvivere, deve bastare a se stessa. Mostrare quanto questa funzione dell'autosufficienza obbligata sia salvifica da un lato, e possa essere però imprigionante dall'altro, è tra gli obiettivi di questo capitolo, che suggerisce anche alcune vie di uscita e che presenta in modo originale alcune riflessioni psicoterapeutiche, espresse nel fluire del testo.

Le emozioni connesse alla paura sono numerose e, in alcuni casi, sfociano in veri e propri attacchi di panico. La compresenza di desideri contrastanti rende più probabile una difficile gestione della paura e delle fobie ad essa collegate. Il capitolo di Filomena Tagliamonte approfondisce questi aspetti, con una particolare attenzione al contributo multiculturale nella definizione delle emozioni.

Nella sua forma più eclatante, la dipendenza affettiva si manifesta nelle persone che soffrono di disturbo dipendente di personalità. Le caratteristiche del disturbo, i criteri diagnostici e le modalità psicoterapeutiche per aiutare chi ne soffre a superare questa forma di disfunzione sono l'oggetto del capitolo di Rosaria D'Angelo, che suggerisce indicazioni per il raggiungimento della regolazione affettiva in questi casi.

Una delle sindromi in cui, d'altra parte, sembra che l'autosufficienza obbligata sia dominante, insieme ad altri fenomeni psichici, è il disturbo ossessivo-compulsivo. Nel capitolo di Annunziata Cotena si tratteggiano le caratteristiche di questo disturbo e si esaminano le strategie, le tecniche e le tattiche utilizzate in psicoterapia cognitivo-comportamentale per superare l'autosufficienza obbligata in eccesso insieme al disturbo ossessivo-compulsivo stesso.

Mentre non sembrano ancora disponibili test specifici affidabili per misurare l'autosufficienza obbligata, sono invece presenti nella letteratura specialistica e nel repertorio testologico numerosi reattivi per la valutazione e la misurazione della dipendenza affettiva. Nel capitolo di Michela Balsamo alcuni di questi strumenti vengono analizzati e descritti con cura, consentendo

al lettore anche di comprendere meglio alcune caratteristiche specifiche della dipendenza affettiva.

Una sintesi della storia, dei principi e delle applicazioni della regolazione affettiva, contributo straordinario della psicoterapia dinamica, viene presentato nel capitolo finale di Maria Pia Pugliese, che la inserisce efficacemente nella pratica della psicoterapia cognitivo-comportamentale psicosociale di ultima generazione.

Il modello psicosociale e dinamico in psicoterapia cognitivo-comportamentale, presentato in questo volume, si caratterizza per la particolare attenzione alle ricerche e alle tematiche della psicologia sociale, quali la cognizione sociale, l'attrazione interpersonale, l'influenza sociale, le caratteristiche e la modificabilità degli atteggiamenti (intesi come composti da descrizione, valutazione e indicazioni per l'azione), l'aggressività, la prosocialità e i pregiudizi. Inoltre, presta particolare attenzione alla gerarchia dei valori personali, alla psicologia ambientale e architettonica, alla psicologia politica e alla stereotipizzazione. Questo punto di osservazione si incontra con l'efficienza dell'approccio cognitivo-comportamentale, con la sua attenzione alla ricerca di esito e di processo e con la storicità dell'approccio basato sull'attaccamento. Questo complesso schema di partenza viene poi reso concreto all'interno della relazione terapeutica, a cominciare da un'alleanza terapeutica che fin dalla prima seduta cerca di impostare un patto con il/la paziente o con la coppia di pazienti. Il risultato potrebbe sperabilmente rappresentare un sollievo. Nelle conclusioni proveremo a riassumere concretamente lo scorrimento permanente tra dipendenza e autosufficienza che potrebbe caratterizzare un'interdipendenza affettiva funzionale per la regolazione affettiva.

In Appendice, inoltre, si descrive un riferimento filosofico alla base della psicoterapia cognitivo-comportamentale, che finora non era stato esplicitato dagli studiosi del campo, da sempre attenti ai presupposti filosofici della psicoterapia: il contributo di Giambattista Vico come antecedente della psicoterapia cognitivo-comportamentale viene proposto da Francesco Aquilar.

Questo volume si articola quindi come aggiornamento delle caratteristiche e delle modalità necessarie per l'acquisizione di un'efficace regolazione affettiva in psicoterapia, da un punto di vista cognitivo-comportamentale, che tuttavia considera fondamentali anche i contributi della psicologia sociale e della psicoterapia dinamica.

1. Elementi di psicoterapia cognitivo-comportamentale psicosociale per la regolazione affettiva

di Francesco Aquilar

Quando una persona chiede aiuto psicoterapeutico, di fatto è smarrita in qualche settore della sua vita. È in una selva oscura e spesso deve percorrere un lungo viaggio per uscire a riveder le stelle. Alcuni aspetti della sua identità e delle sue relazioni sono frammentati e a volte irricognoscibili. Come dare sollievo, come progettare insieme una serie di vie di uscita, come migliorare sui problemi evidenti e su quelli nascosti a volte anche alla stessa persona? Questi sono alcuni punti cardine della psicoterapia. Ogni modello psicoterapeutico tende a predisporre una risposta a queste questioni. Il modello psicosociale in psicoterapia cognitivo-comportamentale favorisce la ripresa in termini di relazioni interpersonali, di rassicurazione dell'attaccamento e di modificazioni morbide ma costanti dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti. Sono disponibili nella letteratura specialistica numerosi modelli di intervento manualizzati che consentono rapidamente un inquadramento della problematica della persona che si ha di fronte nello studio dello psicoterapeuta e che suggeriscono come intervenire per dare sollievo e per risolvere i problemi psicologici che sono dietro la richiesta di aiuto. Tuttavia, ogni persona è unica e irripetibile ed è diversa non solo rispetto alle altre persone, ma anche rispetto a se stessa di qualche tempo prima. E per quanto una psicoterapia preconfezionata possa aiutare, e tante prove di efficacia lo confermano, potrebbe essere utile focalizzarsi sull'individualità di ciascuno e sulle possibilità di cambiamento di cui quella persona potrebbe disporre, con un aiuto individualizzato. In oltre quattro decenni di lavoro psicoterapeutico, con i miei collaboratori ho impostato un programma psicoterapeutico che cerca di essere individualizzato per ciascuno, e in questa occasione provo a descriverlo, tenendo presenti i contributi fondamentali della ricerca e della clinica psicoterapeutica più aggiornata.

La regolazione delle emozioni è uno dei campi in cui la psicoterapia si gioca molte delle sue possibilità. In altre parole, se le emozioni sono regolate,

gran parte dei problemi psicologici sono risolti. Ma come è possibile regolare le emozioni? E, soprattutto, come è possibile regolarle nelle questioni d'amore?

Il pregevole lavoro di Leahy, Tirch e Napolitano (2011) sulla regolazione delle emozioni ha dato il via ad un notevole incremento della complessità e dell'efficacia della pratica clinica sulla riorganizzazione delle emozioni, preceduto e seguito dal mio tentativo di indicare una strada precisa per il riconoscimento, l'espressione adeguata e la modulazione delle emozioni stesse (Aquilar, 2000; 2014).

Tuttavia, la regolazione affettiva in amore presenta una maggiore complessità. Le questioni d'amore ricorrenti in psicoterapia cognitivo-comportamentale, infatti, riguardano:

- a) fattori sociologici: le evoluzioni e le involuzioni della società contemporanea;
- b) fattori psicosociali: il ruolo della presenza reale o immaginaria degli altri nella mente delle persone;
- c) temi della storia individuale e familiare: attaccamento disfunzionale, disregolazione delle emozioni, difficoltà comportamentali;
- d) funzioni esecutive, nelle tre aree, come di seguito specificato:
 - a. area 1: padronanza di sé/controllo inibitorio (resistere ai desideri impulsivi per fare ciò che è appropriato o necessario; concentrarsi sul compito malgrado le distrazioni; prendere decisioni intenzionali piuttosto che impulsive; restare concentrati su ciò che è importante in quel momento);
 - b. area 2: memoria di lavoro/attenzione gerarchica (conservare le informazioni in modo da poterle utilizzare; mettere in ordine gerarchico le cose da fare; stabilire legami tra idee; stabilire legami tra informazioni passate e presenti; seguire una conversazione comprendendo e mantenendo lo spirito che la anima);
 - c. Area 3: flessibilità cognitiva/creatività funzionale (elasticità rispetto ai cambiamenti; immaginare modi differenti di reagire ad un evento; trovare diverse modalità per affrontare e superare un evento, per poi scegliere la più adatta) (Majdalani, 2017; Marzocchi *et al.*, 2022);
- e) ricerca di senso, nella propria vita e nella relazione di coppia: obiettivi di vita in campo lavorativo, affettivo, relazionale e pro-creativo.

Questi elementi vanno ricavati dalle conversazioni psicoterapeutiche e costruiti, laddove mancassero, nella relazione terapeutica e nei contenuti emersi e/o inseriti dallo psicoterapeuta nelle varie sedute.

1. L'inizio della psicoterapia: dialogo verbale, comunicazione non-verbale e semiotica cognitiva

“Allora, di che cosa si tratta?” è spesso la prima frase che si utilizza nel nostro approccio per cominciare il primo colloquio psicoterapeutico.

“Allora” fa riferimento implicito al fatto che la persona ha richiesto un appuntamento per una consulenza psicoterapeutica; “di che cosa si tratta” lascia aperte le possibilità, alla persona, di fotografare la sua situazione in maniera sintetica, laddove sia possibile. Non è possibile, invece, rappresentare per iscritto il “modo” con il quale si pone questa domanda, e che viene in genere appreso dagli specializzandi in psicoterapia durante la formazione. E anche il non-verbale che si accompagna a questa domanda. Il più delle volte, il prosieguo eventuale della psicoterapia si gioca nel primo incontro. Spesso la persona è stata delusa da precedenti esperienze psicoterapeutiche, mentre nel caso in cui sia la prima volta che chiede aiuto psicoterapeutico, la persona può essere preoccupata di non ricevere l'aiuto di cui ritiene di aver bisogno. In ogni caso, la sua richiesta va legittimata e ascoltata con attenzione, con una serie di domande delicatamente poste per comprendere la sua visione di sé, degli altri e della problematica che la affligge. L'analisi immediata di quello che la persona dice, e il modo nel quale lo dice, insieme all'aspetto generale che presenta, al modo di parlare e di muoversi nel rappresentarsi consente allo psicoterapeuta di sintonizzarsi strategicamente sulla sua visione del mondo e del problema, come primo punto di inizio della collaborazione psicoterapeutica. Alcuni approfondimenti sulla comunicazione verbale e non-verbale in psicoterapia sono stati descritti in Aquilar (2013, 2015), in Brandt (2020) nel suo studio sulla semiotica cognitiva e in parte sono ripresi in Ascolese (2013 e in questo volume).

2. Il racconto della persona-paziente: tra dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata

Per gli scopi di questo volume, ci soffermeremo prevalentemente sulle situazioni nelle quali la persona-paziente riferisce (o focalizza la sua attenzione) su situazioni nelle quali appare presente una disregolazione affettiva in amore. Come sarà più chiaro nel corso del presente volume, l'ipotesi di partenza è che la regolazione affettiva in amore si giochi su un continuum tra dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata, con prevalenza di dipendenza affettiva nella persona che chiede aiuto psicoterapeutico (e di autosufficienza obbligata, spesso, nel partner rispetto al quale si vive una situazione conflittuale o di infelicità). In altre situazioni, la persona-paziente chiede

aiuto in questo settore perché: 1) non riesce a trovare un partner stabile e soddisfacente, oppure: 2) perché non comincia proprio una relazione romantica, o ancora: 3) perché ne comincia tante che non portano a buon fine e dopo un tempo più o meno breve vengono interrotte, o dalla persona stessa o dal candidato partner; o ancora: 4) perché la sua relazione sentimentale si trova in un periodo di crisi, e questa crisi di coppia si riverbera nella vita personale con grandi preoccupazioni (altrimenti, più “semplicemente”, la persona avrebbe interrotto la relazione e pace).

In ogni caso, la risposta dello psicoterapeuta sostanzialmente è: “Cerchiamo di capire insieme, alla luce della sua storia di vita e di attaccamento, alla luce delle sue emozioni attuali, alla luce del progetto di vita che lei sta svolgendo, dei suoi obiettivi, dei suoi desideri e delle sue difficoltà attuali”, che possono riguardare numerosi aspetti della fase del ciclo di vita che la persona sta vivendo nel momento in cui chiede aiuto psicoterapeutico, “che cosa si può fare per migliorare la sua situazione”.

Di fatto, in quest’ottica, lo psicoterapeuta tenta di dare ascolto e sollievo, definendo un progetto psicoterapeutico tagliato su misura per la singola persona e avente come obiettivi:

1. la modificazione dei pensieri e dei comportamenti disfunzionali per la persona;
2. la regolazione delle emozioni e dell’affettività;
3. la progettazione non solo di una psicoterapia strutturata ma anche di un piano per uscire dalla sofferenza riferita e mostrata dalla persona-paziente.

3. Sviluppi della psicoterapia cognitivo-comportamentale

Attualmente, la psicoterapia cognitivo-comportamentale presenta numerose caratteristiche diverse dalla sua impostazione storica classica. Con le opere dei due grandi maestri di cognitivismo, Albert Ellis (1962) e Aaron T. Beck (1976), si puntava ad identificare i processi cognitivi disfunzionali o le idee disfunzionali, e a modificarle con un trattamento psicologico semplice, che includeva anche la richiesta di alcune modificazioni comportamentali esplicite. La resistenza al cambiamento di alcuni pazienti ha spinto i continuatori ad allargare il campo di indagine e di intervento ad altri fattori, sempre con l’obiettivo di modificare i modi di pensare e di agire. In particolare, Hayes e Hofmann (2018) hanno identificato 22 elementi caratterizzanti della terapia cognitivo-comportamentale attuale, come mostrato nella tabella seguente.

Tabella 1. Elementi della CBT attuale

1. Processi comportamentali	12. Problem solving
2. Cognizione funzionale	13. Strategie di esposizione
3. Emozioni e schemi emozionali	14. Attivazione comportamentale
4. Neuroscienze dei processi di base	15. Abilità interpersonali
5. Principi evuzionistici	16. Rivalutazione cognitiva
6. Gestione di eventualità e contingenze	17. Modifica delle credenze di base
7. Controllo dello stimolo	18. Defusione cognitiva
8. Shaping (modellamento/frazionamento)	19. Coltivare l'accettazione psicologica
9. Gestione di sé	20. Scelta e chiarificazione dei valori
10. Riduzione dell'attivazione fisiologica	21. Conoscenza della mindfulness
11. Coping e sistemi di regolazione emotiva	22. Rafforzamento delle motivazioni e sistemi motivazionali interpersonali

Fonte: Hayes, Hofmann, 2018; modif. Aquilar, 2024

Successivamente, gli stessi autori hanno proposto un meta-modello evuzionista esteso che consentirebbe agli psicoterapeuti di intervenire sui problemi dei pazienti, indipendentemente dal proprio modello di riferimento (Hofmann *et al.*, 2021), basando la psicoterapia direttamente sui processi capaci di promuovere il benessere psicologico (adattivi) o capaci di favorire la patologia (disadattivi). Questo meta-modello si presenta come fecondo di ulteriori passi avanti verso una scienza della “psicoterapia senza aggettivi” (Aquilar, 1998), in parte applicabile ai singoli processi cognitivo-emotivo-comportamentali, identificati come sistemi dinamici modificabili, di ciascun paziente (Hofmann, 2025).

4. Specificità del modello italiano: l'esalogo di Liotti

Come fin qui mostrato, la psicoterapia cognitivo-comportamentale sta incrementando la sua complessità e la sua efficacia, prendendo in considerazione numerose altre variabili oltre la modificazione dei pensieri e dei comportamenti. Storicamente, questa svolta significativa nell'approccio CBT è cominciata con un grande merito italiano. L'inserimento della teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969) all'interno del modello cognitivo-comportamentale è merito di due grandi autori italiani, Vittorio F. Guidano e Giovanni Liotti (1979; 1983) e ha dato inizio ad una vera e propria rivoluzione rispetto ai modelli cognitivisti classici di Ellis e di Beck. Da allora, anche la psicoterapia basata sull'attaccamento ha sviluppato ulteriormente le sue conoscenze

ze, mentre gli autori italiani citati hanno sviluppato l'uno un modello cognitivo-evoluzionista (Liotti), l'altro un modello costruttivista post-razionalista (Guidano). Non è questa la sede per una storia della psicoterapia, ma per i nostri scopi attuali possono essere interessanti due sintesi messe a punto da Bowlby (1979) e da Liotti (2007). Cominciamo da quest'ultimo: in un modo straordinariamente innovativo e diretto, Giovanni Liotti (2007, 154-155, T.d.A.) ha riassunto la posizione dello psicoterapeuta nei confronti di ogni paziente, nel seguente modo che ho proposto di definire come l'esalogo di Liotti (Aquilar, 2024):

- A. Io fermamente voglio che lei sopravviva;
- B. Io 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;
- C. Io voglio che lei si trattienga dal ferire se stesso o se stessa, anche con relativamente minori aggressioni al suo benessere e alla sua felicità;
- D. Io voglio che lei si sforzi attivamente per incrementare il suo benessere e la sua felicità;
- E. Io 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;
- F. Io 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.

Questo esalogo è alla base del mio approccio alla relazione terapeutica e sottende tutti gli interventi clinici di cui parlerò più avanti.

5. Specificità dell'approccio basato sull'attaccamento: l'esalogo di Bowlby

Precedentemente, John Bowlby (1979), in *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, alla luce delle ricerche longitudinali alla base della sua teoria dell'attaccamento, aveva sintetizzato i principali comportamenti genitoriali patogeni, considerati alla base di alcune difficoltà psicopatologiche dell'adulto. Ho proposto di definire queste caratteristiche come l'esalogo di Bowlby (Aquilar, 2024), che pongo alla base dell'intervento psicoterapeutico quando si lavora in psicoterapia sul passato dei pazienti. I comportamenti genitoriali patogeni descritti da Bowlby (1979) sono i seguenti:

- I. genitori persistentemente insensibili al comportamento di richiesta di cure del bambino, e che disprezzino o rifiutino questo comportamento di richiesta di cure;
- II. discontinuità di cure da parte dei genitori, anche dovuto a cause non volute, quali un ricovero in ospedale o in istituto;
- III. minacce continue e persistenti di non amare il bambino, usate come mezzo di controllo;
- IV. 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;
- V. minacce di un genitore di abbandonare o di uccidere l'altro, o di suicidarsi;
- VI. indurre un figlio a sentirsi in colpa, dichiarando che il suo comportamento è, o sarà, causa di malattia o di morte dei genitori (Bowlby, 1979).

Questo esalogo di Bowlby, che condivido pienamente, è alla base degli ulteriori sviluppi della sua teoria dell'attaccamento, portati avanti dai suoi collaboratori e continuatori, sia in area psicodinamica che cognitivo-comportamentale. Per un aggiornamento su questi sviluppi si veda la terza edizione del *Manuale dell'attaccamento* (Cassidy, Shaver, 2016) e il lavoro di Jeremy Holmes (2020; Holmes, Slade, 2017).

6. La regolazione tra dipendenza affettiva e autosufficienza obbligatoria

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 (Aquilar, 2000; 2015; 2020). Se la persona soffre di disturbo dipendente di personalità (si veda il capitolo di D'Angelo in questo volume) 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 (APA, 2022). Dall'altro lato, all'opposto, per alcune persone le fondamentali dimensioni psicologiche di intimità e autonomia possono esser disregolate in

forma di “autosufficienza obbligata”, come proposto da John Bowlby (1980), spesso correlata ad una “compulsiva fiducia in se stessi”. Numerosi sono i metodi presenti nella letteratura specialistica per consentire ai pazienti di giungere a una autoregolazione degli stati affettivi mediante la psicoterapia: fra questi, vanno considerati anche l’approccio basato sull’autoefficacia percepita, proposto da Albert Bandura (1997; 2023) e la terapia focalizzata sulla compassione proposta da Paul Gilbert (2009; 2010; 2017; Gilbert, Simos, 2022), ai cui testi si rimanda, e di cui si può trovare traccia nel modello qui presentato. In altre parole, le fondamentali dimensioni psicologiche di intimità e autonomia, spesso anche a causa di esperienze dolorose infantili non adeguatamente elaborate, possono talvolta essere disregolate e trasformarsi in dipendenza affettiva o in autosufficienza obbligata (con o senza compulsiva fiducia in se stessi).

Si pongono quindi alcune domande. Quanto una persona ritiene di essere autoefficace rispetto all’autonomia? Coloro che non si ritengono autoefficaci in questo settore, come possono essere aiutati in psicoterapia? Quanto una disregolazione dell’intimità e dell’autonomia influenza anche la costruzione di un’alleanza terapeutica e della relazione terapeutica? Se è vera l’ipotesi qui proposta di un continuum tra dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata, è possibile che alcuni individui, nel corso della vita, oscillino tra fasi di dipendenza e fasi di autosufficienza? Quali fattori producono l’oscillazione? E quali fattori possono consentire alle persone di apprendere una gradualità ed una flessibilità, in psicoterapia, tra dipendenza e autosufficienza?

7. Definizioni e continuum: dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata

Nel nostro modello, si parte dalla considerazione secondo la quale tutti nasciamo dipendenti e, se viviamo a lungo, tutti moriamo dipendenti. Tutti partiamo da una dipendenza fisica, alimentare e affettiva totale: poi, nel corso dello sviluppo, e mediante le interazioni con il sistema familiare o con chi si prende cura di noi, l’autonomia si fa strada e nella maggioranza dei casi raggiunge un livello sufficiente nella tarda adolescenza. Di conseguenza, le abilità di intimità e autonomia appaiono correlate con l’accettazione della dipendenza e con lo sviluppo dell’autosufficienza. Tuttavia, se disregolate, queste funzioni possono rappresentare un problema che si aggancia alle diverse organizzazioni cognitive dei disturbi psicopatologici.

Tra le diverse definizioni presenti in letteratura della dipendenza affettiva, questa di Paolo Antonelli, che integra anche i contributi di altri autori, appare tra le più esaustive:

La dipendenza affettiva può essere considerata come un pattern comportamentale caratterizzato da un interesse maladattivo, pervasivo ed eccessivo verso uno o più partner romantici, che conduce alla perdita di controllo, alla rinuncia ad altri interessi e comportamenti e ad altre conseguenze negative (Reynaud *et al.*, 2010; Sanches, John, 2019). (...) È una forma di amore ossessiva, simbolica e fusionale per la quale vengono sacrificate qualsiasi forma evolutiva di cambiamento e qualunque altra forma di gratificazione (2022, 36).

L'autosufficienza obbligata è invece un concetto proposto, come dicevamo, da John Bowlby (1980) nel terzo volume della sua trilogia sull'attaccamento. Nella maggioranza dei casi, secondo Bowlby, l'autosufficienza obbligata appare legata a una relazione di attaccamento insicuro con le figure parentali, all'interno della quale la persona trae la conclusione che nella vita deve sbrigarsela da solo e che l'unica persona di cui può fidarsi è se stessa. Talvolta si accompagna ad una compulsiva (ed eccessiva) fiducia in se stessi. In ogni caso, appare susseguente ad esperienze nelle quali gli altri significativi siano stati sistematicamente ostili o indifferenti, oppure a loro volta troppo sofferenti e bisognosi di aiuto per essere affidabili.

Secondo Bowlby (1980) si riscontra con particolare intensità in alcune forme di depressione (si veda anche Aquilar. Pugliese, 2011). Nel nostro modello, che qui presentiamo, dipendenza affettiva e autosufficienza obbligata potrebbero rappresentare un continuum all'interno del quale alcuni individui potrebbero, nelle diverse fasi della vita, passare dalla prevalenza della dipendenza affettiva alla prevalenza dell'autosufficienza obbligata, con o senza compulsiva fiducia in se stessi. Conseguentemente, le abilità di intimità e di autonomia appaiono correlate con l'accettazione della dipendenza e con lo sviluppo dell'autosufficienza. Tuttavia, se disregolate, queste funzioni potrebbero rappresentare un problema, che si aggancia alle diverse organizzazioni cognitive collegate ai disturbi psicopatologici.

8. Dipendenza affettiva, autosufficienza obbligata e attaccamento sicuro guadagnato

Ogni vera indipendenza deriva da una dipendenza, e 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, rassicurando l'attaccamento del paziente attraverso la relazione terapeutica, prima di provare a ristrutturarla in psicoterapia. In quest'ottica, la riduzione

delle dipendenze affettive di fatto passa attraverso la rassicurazione dell'attaccamento e la modificazione dei modelli operativi interni del paziente. 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 perché: a) ostili e indifferenti; b) intrusivi e imprevedibili; c) a loro volta troppo sofferenti e bisognosi di aiuto per essere affidabili. Attraverso una relazione terapeutica sicura si può rassicurare l'attaccamento e ridurre la dipendenza affettiva.

Un brillante articolo di Dansby Olufowote e colleghi (2020) 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 propria famiglia di origine;
5. estendersi all'esterno, diventando a propria volta una figura di attaccamento sicuro per almeno un'altra persona.

In altre parole, anche se le esperienze infantili pregresse hanno costituito schemi emotivi e di attaccamento disfunzionali, appare possibile in psicoterapia rassicurare l'attaccamento, rielaborare le esperienze precedenti e “guadagnare” un attaccamento sicuro.

9. Psicologia sociale e regolazione affettiva

Definiamo il nostro approccio come “psicosociale” in psicoterapia cognitivo-comportamentale per la particolare rilevanza delle ricerche della psicologia sociale per la psicoterapia. La psicologia sociale, secondo la classica definizione di Allport (1985), è intesa come lo studio scientifico dei modi attraverso i quali i pensieri, i sentimenti e i comportamenti delle persone vengono influenzati dalla presenza reale o immaginaria degli altri, in diversi settori. In particolare, alcuni elementi oggetto di studio della psicologia sociale vengono da noi considerati fondamentali per la comprensione e la modificazione dei comportamenti disfunzionali e, in particolare, seguendo in parte la classificazione di Andrighetto e Riva (2020).

Tabella 2. Elementi della psicologia sociale rilevanti per la psicoterapia cognitivo-comportamentale

1. Cognizione sociale	8. Appartenenza ed esclusione sociale
2. Attrazione interpersonale	9. Pregiudizi
3. Influenza sociale	10. Psicologia ambientale e architettonica
4. Atteggiamenti (descrizione valutazione, indicazioni per l'azione)	11. Psicologia politica
5. Il Sé: autoregolazione, motivazione ed emozioni	12. Categorizzazione sociale e stereotipizzazioni
6. L'aggressività	13. Processi di amore di coppia
7. La prosocialità	14. Dimensione sociale delle emozioni

Ognuno di questi settori presenta ricerche e teorizzazioni utilizzabili in psicoterapia per modificare e modulare alcune reazioni emotive e strategie di regolazione affettive “ingenua” che i soggetti possono avere appreso e utilizzato. Fra di esse, ad esempio, e solo per citarne alcune: a) le modalità di formazione e cambiamento della “prima impressione” rispetto agli altri; b) le qualità, le caratteristiche e i significati dell’attrazione interpersonale (con indicazioni esplicite su come potenziare, quando necessario, l’attrazione interpersonale suscitata da alcune persone o su come ridurre l’eventuale eccessiva attrazione interpersonale vissuta nei confronti di “troppe” altre persone, con conseguenze potenzialmente negative); c) la formazione e i possibili cambiamenti degli atteggiamenti (verso l’altro sesso, verso il proprio sesso, verso gli stranieri, verso i lavoratori di diverse categorie, verso gli sconosciuti, verso gli psicologi, verso le suocere e i suoceri, ecc.); d) le forme e i modi dell’aggressività sociale e interpersonale, sia individuale che mutuata, più o meno consapevolmente, dai modelli quali i genitori, gli altri parenti, i leader amati, i compagni di scuola, ecc.); e) la psicologia ambientale e architettonica, che presenta implicazioni nella vita di coppia sulla scelta del dove andare ad abitare, di quali attività svolgere nel tempo libero, di quanto tempo trascorrere all’esterno e dove, e di come scegliere, arredare e dividere gli spazi nella propria casa, ecc.); f) la psicologia politica (Osborne, Sibley, 2022), che può consentire di trovare una mediazione tra posizioni politiche diverse fra i partner o, almeno, di incrementare le conoscenze alla base delle decisioni di ciascuno; g) la condivisione sociale delle emozioni (Rimé, 2005; 2009), grazie all’esplorazione della quale le persone possono trovare la quantità e qualità adatta a ciascuno di esposizione alle emozioni sociali condivise.

Le informazioni che derivano dalla psicologia sociale, quindi, possono essere usate in psicoterapia per sviluppare le abilità sociali dei singoli pa-

zienti, favorendo l'autoconsapevolezza di alcuni processi cognitivi e comportamentali precedentemente inconsapevoli o disfunzionali per gli obiettivi stessi di ciascuno.

10. Caratteristiche strutturali della psicoterapia cognitivo-comportamentale psicosociale

Nel nostro modello, la psicoterapia cognitivo-comportamentale psicosociale è costituita da tre aree principali:

1. dalla terapia cognitivo-comportamentale (o Cognitive Behavior Therapy | CBT), ovvero modificazione diretta e indiretta delle convinzioni e dei comportamenti disfunzionali con attenzione specifica ai processi emotivi, metacognitivi, interpersonali e multimotivazionali (Liotti, 2001);
2. dalla psicologia e psicopatologia dello sviluppo, con attenzione specifica ai processi di attaccamento, di alterazione degli stati di coscienza e di dissociazione della coscienza;
3. dagli aspetti psicosociali dello sviluppo personale: valori, attrazione interpersonale, atteggiamenti, relazioni, carriera, creatività, antropologia culturale, significati intersoggettivi, processi di amore romantico, dimensione sociale delle emozioni (Aquilar, 2010; 2011; 2013; 2015; 2017; 2020; 2024).

Le caratteristiche strutturali di questo approccio sono le seguenti: si tratta di una psicoterapia strategica, con obiettivi definiti dal paziente e concordati con lo psicoterapeuta, che include:

- tecniche e tattiche di assessment (valutazione e psicodiagnostica nosografica e descrittiva);
- piani di lavoro espliciti ed impliciti, diretti e indiretti;
- costruzione di una alleanza terapeutica in vista di una possibile relazione terapeutica come base sicura, da strutturare nel tempo;
- trasferimento di informazioni e di istruzioni.

Ritorniamo sulle caratteristiche della psicoterapia cognitivo-comportamentale psicosociale in un capitolo successivo, con un approfondimento. Ma ora, come quanto fin qui descritto si può applicare alla regolazione affettiva in amore? E che cosa succede realmente nella stanza dello psicoterapeuta che utilizza questo modello?

Alcuni esempi proveranno a chiarirlo.

11. Il caso di Mario

Mario è un uomo di 40 anni che dichiara di non trovar pace nelle relazioni affettive. È stato lasciato dalla moglie, con la quale ha due figli, e da due anni non fa altro che intraprendere relazioni sessuali, più che affettive, per poi interromperle, per noia o per rabbia, dopo poche settimane. Fa l'avvocato civilista nello studio legale di famiglia, con il padre, il fratello e la sorella, e si occupa amorevolmente dei due figli, per quanto gli è consentito dalla sua situazione legale di separato in attesa di divorzio. È seccato per il fatto che la moglie l'ha lasciato, con il pretesto – egli dice – che si dedicava troppo al lavoro e che lei si sentiva sola. Lo ritiene un pretesto perché pensa che la ex moglie si sia semplicemente innamorata di un altro, e che tenga nascosta questa informazione, “perché di fatto si è rivelata stupida, poteva dirmelo”. Viene in terapia perché ha letto il libro *Parlare d'amore. Psicologia e psicoterapia cognitiva delle relazioni intime* (Aquilar, 2015) e desidera parlare d'amore con uno psicoterapeuta che lo aiuti a sentirsi meglio e a capire che cosa gli è successo. Presenta un tono dell'umore prevalentemente triste, sfiduciato, abbattuto, perché il lavoro non gli dà più la soddisfazione che gli dava prima, perché gli manca la quotidianità con i suoi figli, perché si sente solo dal punto di vista affettivo di coppia, perché la sua vita familiare precedente gli dava un senso di completezza e perché si è stufato di queste relazioni passionali che poi diventano un flagello per lui, finché non le interrompe bruscamente. Si sente vivo solo nella fase di “conquista” di ogni nuova candidata partner, dopo di che sprofonda di nuovo in una specie di depressione senza vie di uscita. Si sente vivo anche quando sta con i suoi figli, una bambina di 10 anni e un bambino di 7, ma negli ultimi tempi nemmeno questo gli basta per star bene, perché comincia a pensare che dovrà separarsi dai figli già nel momento in cui li incontra, e questo non solo non gli fa godere del tempo trascorso insieme, ma gli crea anche la preoccupazione di essere inutile e dannoso per i figli stessi, malgrado l'affetto che prova per loro. Riferisce che quando passa del tempo insieme ad ogni nuova partner pensa che invece in quel momento vorrebbe stare insieme ai figli e che quando trascorre le giornate con i figli vorrebbe piangere perché sentimentalmente si sente solo.

Nel primo incontro, gettiamo le fondamenta per un'alleanza terapeutica, attraverso la legittimazione delle emozioni negative riferite e l'immedesimazione nelle condizioni di infelicità riportate. Mario appare attento, collaborativo, dispiaciuto e speranzoso in un miglioramento dei suoi stati d'animo. E mentre indago sull'intensità, sulla durata e sulla frequenza degli episodi critici con delicate domande sembra sollevato dal poter “parlare d'amore” con qualcuno che ritiene normale la sua sofferenza. Andiamo poi a dialogare

sulle sue attività personali e sul suo sistema di vita attuale, cercando di aiutarlo a descrivere, denominare e riconoscere le sue emozioni, e lui rapidamente si applica per farlo. Utilizziamo le tecniche per l'auto-osservazione guidata descritte dagli autori cognitivisti per analizzare insieme gli episodi problematici fonte di maggiore sofferenza, con l'obiettivo di trovare insieme strategie di pensiero e di comportamento che possano attutire o modificare gli stati mentali problematici. Esaminiamo insieme anche le sue strategie di controllo delle emozioni negative e dei comportamenti problematici. E, a un certo punto, Mario conclude che forse su un punto la sua ex moglie aveva ragione: lavora troppo o, meglio, lavorava troppo prima della separazione e sta lavorando troppo dopo la separazione, dopo un periodo (quello collegato alla rottura) in cui non aveva lavorato per niente. Da questo tema, si passa poi al fatto che si è potuto permettere di non lavorare durante il periodo più nero di crisi coniugale, grazie al fatto che c'erano suo padre, suo fratello e sua sorella a lavorare al posto suo. E questa è stata l'occasione per chiedergli di esplorare insieme la sua storia di attaccamento con la famiglia di origine. Mario era piuttosto restio a parlarne, perché da un lato la famiglia di origine era sempre stata, ed era ancora, molto invadente nella sua vita; però, dall'altro, dal suo punto di vista non era mai riuscita a capirlo, né ad aiutarlo emotivamente malgrado fossero sempre presenti, né soprattutto a farlo sentire amato.

Lavorando insieme nella ricostruzione della storia di attaccamento, Mario ha potuto dar voce alle emozioni che non aveva riconosciuto adeguatamente o che non aveva potuto esprimere nemmeno a se stesso per una questione di lealtà invisibile (Boszormenyi-Nagy, Spark, 1984): non sentiva di poter protestare con una famiglia di origine apparentemente così perbene, impeccabile, ordinata e che contemporaneamente, però, lo esponeva spesso a una glaciale distanza affettiva (Liotti, 2001). E la conclusione che riferiva Mario, alla fine, era la stessa della credenza inconscia spesso presente nella depressione descritta da Liotti: "Solo un grandissimo impegno in un'attività che non riguarda le cose d'amore mi permetterà di essere amato", con la conseguente equazione inconscia, presente nella depressione: "Se non serve a recuperare l'amore, non vale la pena di impegnarsi in nulla" (Liotti, 2001, 104-106; si veda anche Aquilar, Pugliese, 2011). Tuttavia, sviluppando la ricostruzione della storia di attaccamento secondo il modello cognitivo psicosociale, le credenze e l'equazione inconscie della depressione erano diventate coscienti, e quindi Mario vi poteva porre rimedio, in qualche modo.

Poter "parlare di sé con un esperto dei sé" (Lenzi, Bercelli, 2010), all'interno del contesto psicoterapeutico cognitivo-comportamentale psicosociale, aveva consentito a Mario di comprendere i significati della storia della sua vita, delle sue credenze sulle emozioni (Leahy, 2015) e delle sue strategie