

CONDURRE L'IMAGERY RESCRIPTING

tra memorie difficili e bisogni emotivi

DOTTOR FILIPPO TINELLI
CENTRO DI SCHEMA THERAPY DI PARMA



La mia famiglia: *Lucia e Martino*



La mia famiglia sul lavoro:

Luca, Serena, Angelo & Harold



Il *mio* bambino



***«La ragione non è nulla senza
l'immaginazione»***

Cartesio



L'USO DELL'IMMAGINAZIONE

Le Tecniche Immaginative vengono utilizzate da quasi 20.000 anni. Fin dai tempi delle guarigioni sciamaniche furono impiegate per modificare i processi cognitivi consci e inconsci.

Ne troviamo documentazione negli antichi Egizi (il metodo di incubazione dei sogni), nell'antica Grecia presso i templi di Esculapio e anche nel Buddismo tibetano.

Alla fine del diciottesimo secolo, Franz Anton Mesmer ha reso popolare un metodo di guarigione detto Mesmerismo, basato sull'induzione di uno stato di coscienza alterata che produce immagini vivide. Nonostante Mesmer sia stato screditato, i suoi metodi sono stati ripresi sia in medicina sia in psichiatria con il nuovo nome di Ipnoterapia.

A partire dal 1880, Pierre Janet ha utilizzato l'ipnosi per far rivivere i traumi ai propri pazienti. Aveva notato, infatti, come identificare e rivivere il trauma, convertendolo in ricordi narrativi, spesso non fosse sufficiente a risolvere i sintomi e pertanto ha utilizzato diverse tecniche, tra cui quelle imaginative, per neutralizzare l'impatto di ricordi traumatici.

L'USO DELL'IMMAGINAZIONE

Sandor Ferenczi descrisse delle tecniche immaginative, definite «*Rilassamento e neocatarsi*», in cui faceva rivivere ai suoi pazienti gli episodi infantili traumatici per mezzo del dialogo e della reparenting.

Jung utilizzava «*L'immaginazione attiva*» chiedendo ai suoi pazienti di concentrarsi su una sensazione o su un'emozione, lasciando emergere un'immagine che avrebbe permesso di chiarire meglio l'emozione stessa e a partire dalla quale si sarebbe sviluppata una scena ed, eventualmente, un dialogo tra i personaggi immaginati.

In un articolo del 1961 John Watkins ha descritto la tecnica del «*Ponte affettivo*», in cui il paziente si focalizza sulle emozioni negative attuali e le usa come ponte per accedere a un ricordo del passato. Watkins mostrò come l'identificazione e la gratificazione dei bisogni infantili insoddisfatti, attraverso la «riscrittura» di quei ricordi, potesse permettere di risolvere i sintomi attuali.

Anche la «*Psicosintesi*» di Roberto Assagioli (1965) era fondata sulle tecniche immaginative.

L'USO DELL'IMMAGINAZIONE

Lo «*Psicodramma*» di Moreno, sviluppatosi negli anni '30, ha molti punti in comune con le tecniche immaginative.

Le tecniche immaginative hanno un ruolo importante anche nella Terapia della Gestalt di Fritz Perls.

Aaron T. Beck (1971) utilizzava *l'esposizione immaginativa* per preparare i suoi pazienti ad affrontare le situazioni più ansiogene.

Lazarus (1977) utilizzava le tecniche immaginative per aiutare i pazienti a *desenbilizzare* l'ansia, a sperimentare nuove abilità assertive, a gestire situazioni problematiche presenti e future e ad alleviare patologie stress-correlate.

Negli anni '70, Cautela ha applicato le procedure di condizionamento mediante Imagery a diverse patologie.

L'USO DELL'IMMAGINAZIONE

Le più recenti terapie in cui vengono utilizzate le tecniche immaginative sono:

- La Compassion Focused Therapy (Gilbert, 2009)
- La Emotion Focused Therapy (Greenberg, 2004)
- La Schema Therapy (Young, 2003)
- La Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio, 2013)

PROVE D'EFFICACIA

- PTSD (Arntz, Weertman, 1999)
- Uno studio ha comparato l'efficacia dell'Imagery Rescripting e dell'EMDR nel trattamento di adulti affetti da PTSD, causati da traumi nell'infanzia. Lo studio non ha trovato differenze significative nei loro effetti (Arntz, 2020)
- Fobia sociale (Clark et al., 2006)
- DOC (Page, Veale, Salkovskis, 2010)
- Depressione (Brewin et al., 2009)



PROVE D'EFFICACIA

- Bulimia nervosa (Ohanian, 2002)
- Disturbo Borderline di personalità (Young, 2003)
- Disturbo Narcisista di personalità (Young, 2003)
- Cluster C (Arntz, 2012)
- Disturbo Antisociale di personalità (Berstein, 2012)

IMAGERY RESCRIPTING ED EMDR A CONFRONTO

Un recente studio (Arntz et al., 2020) ha confrontato l'efficacia dell'Imagery Rescripting e dell'EMDR nel trattamento dei pazienti affetti da PTSD, originato da traumi dell'infanzia

L'Imagery Rescripting e l'EMDR sono risultati *ugualmente efficaci* nel trattamento, riducendo sintomi, depressione, dissociazione, vergogna, colpa, ostilità e cognizioni disfunzionali

IPOTESI SUL FUNZIONAMENTO E SULL'EFFICACIA

- I risultati degli esperimenti in cui sono state utilizzate tecniche di brain imaging hanno evidenziato come l'Imagery coinvolga molte delle stesse regioni neurali utilizzate dalla percezione (Kosslyn e colleghi, 2001).
- Kosslyn propone «la Teoria dell'Equivalenza Funzionale», secondo cui l'Imagery coinvolge le medesime strutture neurali coinvolte nella percezione, le quali, a loro volta, influenzano gli eventi corporei: «Visualizzare mentalmente un oggetto produce gli stessi effetti fisiologici che osservarlo realmente» (Kosslyn, 2001). Questa informazione dà sostegno all'ipotesi che l'imagery influenzi le emozioni tramite un «effetto corporeo».

IPOTESI SUL FUNZIONAMENTO E SULL'EFFICACIA

Il modello della Memoria Autobiografica proposto da Conway (2001) distingue la memoria episodica, contenente informazioni percettive e sensoriali, da quelle strutture mnestiche che immagazzinano la conoscenza concettuale di eventi generali e di periodi di vita.

L'Imagery sembra rappresentare la forma privilegiata di rievocazione delle *esperienze emotivamente cariche*. A differenza del linguaggio, avrebbe un accesso privilegiato alle rappresentazioni di episodi significativi immagazzinati nella memoria autobiografica. Quando invece l'informazione è elaborata sotto forma di conoscenza verbale semantica, le esperienze emozionali negative potrebbero essere meno facilmente accessibili (Holmes & Mathews, 2005).

IPOTESI SUL FUNZIONAMENTO E SULL'EFFICACIA

La letteratura scientifica relativa al monitoraggio della realtà si è occupata della discriminazione che il soggetto compie tra eventi reali e immaginari (Johnson, 1997): Hyman e Pentland (1996) hanno chiesto ad alcuni soggetti d'immaginare un evento mai accaduto (come aver rovesciato una ciotola di punch ad un matrimonio da bambini) o, in alternativa, di limitarsi a «verbalizzarlo mentalmente». Al follow-up è emerso come i soggetti nella condizione di Imagery avessero scambiato più spesso il «falso evento dell'infanzia» con un ricordo effettivo

IPOTESI SUL FUNZIONAMENTO E SULL'EFFICACIA

- La conoscenza *implicita* è un'integrazione di immagini, informazioni sensoriali, pensiero concettuale ed esperienza incorporata che opera in modo immediato ed intuitivo (Teasdale & Barnard, 1993)
- Diversamente, la conoscenza *esplicita* opera ad un livello più intellettuale
- Potremmo pensare qualcosa come vero fattualmente, senza però riuscire a sentirlo come tale. Nel caso del trauma, un evento potrebbe essere immagazzinato come conoscenza implicita e riattivato in una determinata situazione, ad esempio come un senso di minaccia, anche se l'individuo sa, razionalmente, di essere al sicuro
- Il Dialogo Socratico affronta gli schemi su un piano intellettuale, a livello di conoscenza esplicita, rischiando però di non riuscire ad intaccarli a livello di conoscenza implicita
- L'Imagery Rescripting sarebbe particolarmente efficace in quanto capace di lavorare su *entrambi* i canali

IPOTESI SUL FUNZIONAMENTO E SULL'EFFICACIA

- Per Arntz il potere dell'Imagery Rescripting è legato alla sua capacità di *risignificare* gli eventi avversi
- Per Arntz un ulteriore potere dell'imagery rescripting potrebbe essere legato alla sua capacità di controcondizionare l'immagine del presente.
- Per Young, il potere dell'Imagery Rescripting è legato alla possibilità di offrire esperienze di soddisfazione dei Bisogni Emotivi Primari all'interno delle immagini dei ricordi che hanno costruito *il senso del sé, del mondo e delle relazioni*

GLI EFFETTI DELL'IMAGERY RESCRIPTING SULLA RELAZIONE TERAPEUTICA

- L'Imagery Rescripting *catalizza* la relazione terapeutica aumentandone la *sintonizzazione* e la *connessione*
- La relazione terapeutica, già dopo il primo esercizio di Imagery Rescripting, sarà diversa e avrà fatto un significativo passo in avanti
- L'imagery Rescripting stimola significativamente il sistema di *attaccamento* del paziente e il sistema di *accudimento* del terapeuta. Entrambi dopo l'esercizio saranno significativamente più coinvolti
- *Quale* relazione terapeutica catalizza maggiormente gli effetti dell'Imagery Rescripting?

INTRODUZIONE ALLA SCHEMA THERAPY

SCHEMA THERAPY: PREMESSE TEORICHE

La Schema Therapy è un modello sviluppato da Jeffrey Young per il trattamento dei disturbi di personalità e per i disturbi cronici dell'asse I.

Si tratta di un modello integrato che deve diversi contributi:

- alla Terapia Cognitivo-Comportamentale
- alla Terapia della Gestalt
- alla Terapia Focalizzata sulle Emozioni
- alla Teoria dell'attaccamento
- al Costruttivismo
- alla Terapia Psicodinamica
- al Comportamentismo



SCHEMA THERAPY: PREMESSE TEORICHE

- Che cos'hanno in comune i pazienti che non rispondono alla Terapia Cognitiva di Beck?
- Non aderiscono alla premessa base della terapia cognitiva: l'empirismo collaborativo
- Non svolgono gli home-work
- Hanno storie di abusi e maltrattamenti
- Spesso riferiscono di non aver mai sperimentato benessere nella propria vita

SCHEMA THERAPY: L'EMERGERE DI UN MODELLO ORIGINALE E I SUI FONDAMENTI

Il modello della Schema Therapy si fonda su alcuni elementi essenziali:

- I Bisogni Emotivi Primari
- Gli Schemi Maladattivi
- Gli Stili di Coping Disfunzionali

BISOGNI EMOTIVI PRIMARI

- Secondo il modello, i disturbi psicologici deriverebbero dal non adeguato soddisfacimento dei Bisogni Emotivi Primari da parte delle figure di attaccamento durante l'infanzia e l'adolescenza.
- I bambini che non vedono adeguatamente soddisfatti tali bisogni diventeranno adulti privi di modelli efficaci che permettano loro di soddisfarli nella vita che si andranno a costruire.

BISOGNI EMOTIVI PRIMARI

J.Young ha individuato i seguenti Bisogni Emotivi Primari:

- Attaccamento sicuro, «legami stabili»
- Protezione dalla minaccia
- Attenzione e cure
- Amore e accettazione incondizionata
- Empatia

I BISOGNI EMOTIVI PRIMARI

- Autonomia
- Limiti realistici
- Validazione dei bisogni e delle emozioni
- Spontaneità e gioco

I BISOGNI EMOTIVI PRIMARI E GLI SCHEMI MALADATTIVI

Quando i Bisogni Emotivi non vengono adeguatamente soddisfatti durante l'infanzia e l'adolescenza si sviluppano gli Schemi Maladattivi.

GLI SCHEMI MALADATTIVI: DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE

Uno Schema Maladattivo:

- Può essere definito come un modo di attribuire significati secondo un tema pervasivo
- Comprende ricordi, cognizioni, emozioni e relativi correlati somatici, ma NON comprende comportamenti
- Può essere relativo a sé, agli altri, alle relazioni e ai bisogni emotivi primari
- Insorge durante l'infanzia e l'adolescenza e viene elaborato nel corso della vita

GLI SCHEMI MALADATTIVI: COME FUNZIONANO QUANDO SONO ATTIVI?

- Rendono l'attenzione selettiva a tutto quello che, anche solo lontanamente, può apparire congruo con la matrice di significato dello Schema
- Di conseguenza, condizionano la memoria
- Dissociano temporaneamente dalla coscienza tutti i contenuti incongrui alla matrice di significato dello Schema
- Portano l'individuo a scegliere esperienze che confermano lo Schema
- Elicitano comportamenti che costruiscono esperienze che confermano lo Schema
- Rendono impossibile sviluppare ipotesi di significato alternative alla matrice di significato dello Schema

Distacco Rifiuto	Mancanza di Autonomia e Abilità	Mancanza di Regole	Eccessiva Attenzione ai Bisogni degli Altri	Ipercontrollo e Inibizione
Abbandono	Dipendenza/ Incompetenza	Pretese/ Gransiosità	Sottomissione	Negatività/ Pessimismo
Deprivazione Emotiva	Vulnerabilità al Pericolo e alle Malattie	Autocontrollo e Autodisciplina Insufficienti	Autosacrificio	Inibizione Emotiva
Sfiducia/Abuso	Invischiamento/ Sé poco sviluppato		Ricerca di Approvazione o Riconoscimento	Standard Severi/ Ipercriticismo
Esclusione Sociale	Fallimento			Punizione
Inadeguatezza/ Vergogna				

GLI SCHEMI
MALADATTIVI:
CLASSIFICAZIONE

STILI DI COPING DISFUNZIONALI

Per tentare di non attivare gli Schemi o per limitarne l'azione, gli individui mettono in atto comportamenti che, purtroppo, a lungo andare, finiscono per confermare gli assunti disfunzionali degli Schemi Maladattivi.

Questi comportamenti vengono definiti Coping e possono essere raggruppati in 3 differenti stili:

- Resa
- Evitamento
- Ipercompensazione

SCHEMI INCONDIZIONATI E SCHEMI CONDIZIONATI

1. Schemi Incondizionati: Schemi che si sviluppano per far fronte direttamente alle esperienze che l'individuo si trova a vivere
2. Schemi Condizionati: Schemi che si sviluppano per far fronte agli Schemi Incondizionati, sono cioè un tentativo di Coping sotto forma di Schema anziché sotto forma di comportamento.
Gli Schemi che possono essere Condizionati sono:

Standard Severi e Ipercriticismo; Ricerca di Approvazione e Riconoscimento; Pretese e Grandiosità; Inibizione Emotiva; Sottomissione; Autosacrificio.

ESEMPIO

INADEGUATEZZA-VERGOGNA

IPERCOMPENSAZIONE

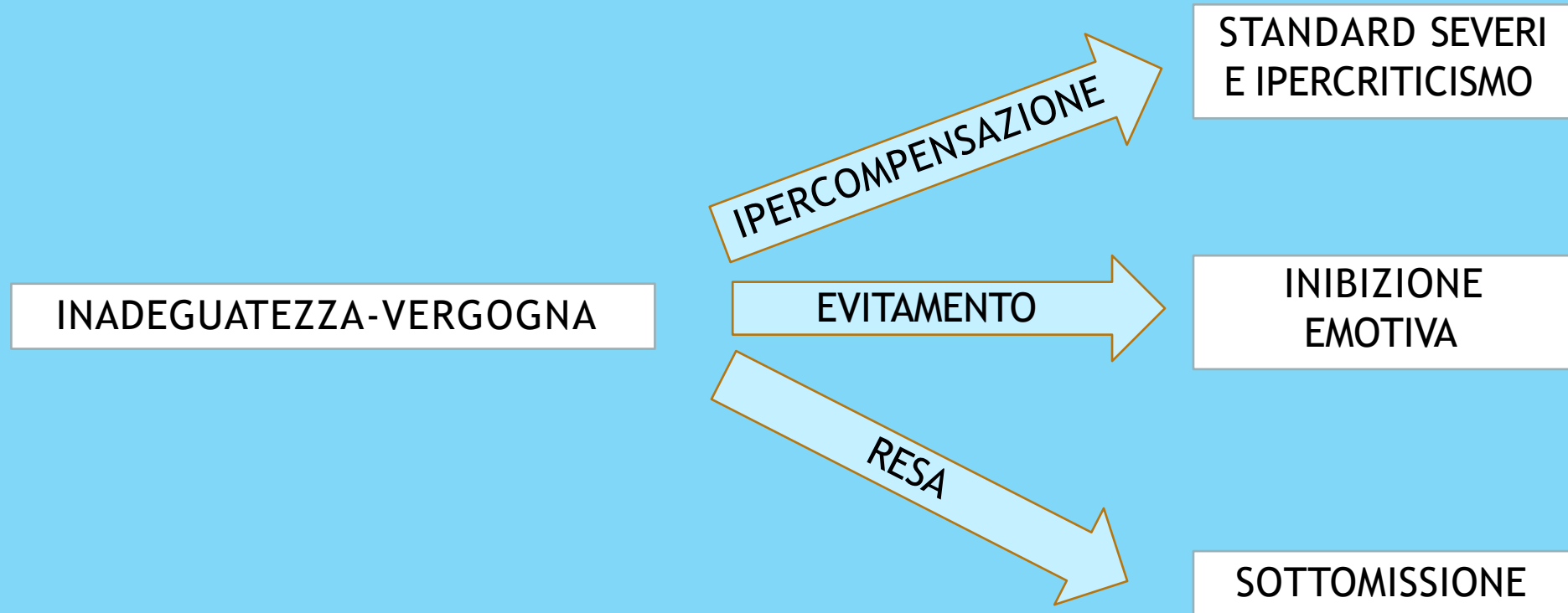
STANDARD SEVERI
E IPERCRTICISMO

EVITAMENTO

INIBIZIONE
EMOTIVA

RESA

SOTTOMISSIONE



LA SCHEMA MODE THERAPY: ORIGINI E SVILUPPO

Quando Young si trasferisce da Filadelfia a New York incontra pazienti molto più gravi, molti dei quali presentavano tutti e 18 gli Schemi. Restituire ai pazienti il loro funzionamento in termini di Schemi diventa, quindi, troppo caotico e confusivo.

- Young necessita di un nuovo strumento e lo trova nello Schema Mode
- *«Un Mode è l'insieme degli Schemi o delle manifestazioni degli Schemi - adattive o disadattive - che si attivano in un individuo in un determinato momento.» (J.Young)*
- *«Lo sviluppo del concetto di Mode è scaturito dal tentativo di applicare il nostro modello terapeutico a pazienti con disturbi via via più gravi.» (J.Young)*

I MODE: UNA COMPRENSIONE CLINICA

- Il Mode è il modo in cui si manifesta uno Schema
- Lo Schema potrà manifestarsi in diversi modi (Mode), in funzione della sua piena attivazione o della sua modulazione attraverso i Coping
- Manifestazione = Mode = stato
- Uno Schema può manifestarsi attraverso diversi Mode, ma un Mode può essere la manifestazione di diversi Schemi

SCHEMA VS MODE

- Il *Mode* è solo un *processo* e per essere pienamente compreso deve essere associato al suo *contenuto*, ovvero lo Schema Maladattivo di cui è manifestazione
1. I *Mode* Genitore Disfunzionale *affermano* il significato disfunzionale
 2. I *Mode* Bambino *subiscono* il significato disfunzionale
 3. I *Mode* di Coping cercano di evitare esperienze che potrebbero attivare o confermare il significato disfunzionale

I MODE: CLASSIFICAZIONE

- Mode Bambino
- Mode Genitore Disfunzionale
- Mode di Coping Disfunzionale
- Mode Adulto Sano

■ **Mode Bambino:**

- *Bambino Vulnerabile*
- *Bambino Arrabbiato*
- *Bambino Impulsivo*
- *Bambino Indisciplinato*
- *Bambino Furioso*
- *Bambino Felice*

- **Mode Genitore Disfunzionale:**

- *Genitore Punitivo*
- *Genitore Esigente e Critico*

- **Mode di Coping Disfunzionali:**
- Mode di Coping di Resa:
- Mode di Coping di Evitamento
- Mode di Coping di Ipercompensazione

- Mode di Coping di Resa:

- *Arreso Compiacente*

- Mode di Coping di Evitamento:

- *Protettore Distaccato*

- *Protettore Arrabbiato*

- *Protettore Evitante*

- *Autoconsolatore*

- Mode di Coping di Ipercompensazione:

- *Autoesaltatore*
- *Perfezionista Ipercontrollante*
- *Paranoico Ipercontrollante*
- *Ricercatore di Attenzione e Approvazione*
- *Prepotente e Violento*
- *Falso e Manipolatore*
- *Predatore*

LA TERAPIA

Il fulcro del processo terapeutico consiste nel permettere al paziente di imparare a soddisfare i Bisogni Emotivi Primari.

come?



Soddisfando per la prima volta quei Bisogni all'interno della relazione terapeutica e nel rispetto dei limiti di quest'ultima (Limited Reparenting).

LIMITED REPARENTING

Tipo di terapia	Tasso di dropout	Intervallo di confidenza
Schema Therapy (Jacob & Arntz, 2013)	10,1%	95% IC 3,7-24,7
Terapia Dialettico-comportamentale (Kliem, Kröger e Kosfelder, 2010)	23%	95% IC 16,6-30,8
Terapia Focalizzata sul Tranfert (Clarkin, Levy, Lenzenweger e Kernberg, 2007; Doering et al., 2010)	34,9%	95% IC 26,6-44,3
Trattamento basato sulla mentalizzazione (Bateman e Fonagy, 1999; 2009)	24,8%	95% IC 16,9-34

TASSI DI
DROPOUT NEI
TRATTAMENTI PER
IL DISTURBO
BORDERLINE
(Lambert, 2013)

«Evidentemente, c'è qualcosa che lega i pazienti alla Schema Therapy e noi pensiamo che sia l'intensità del coinvolgimento terapeutico.» (Roediger, 2018)

LIMITED REPARENTING

- Soddisfare i Bisogni Emotivi Primari insoddisfatti del paziente all'interno della relazione terapeutica e nel rispetto dei limiti di quest'ultima
- **Domanda chiave:** «*Cosa farebbe un buon genitore per il suo amato figlio?*»
- **Domanda chiave:** «*Di cosa hai bisogno?*»
- Il terapeuta è ancora più disponibile emotivamente e affettivamente e proteso verso il paziente
- Il terapeuta è ancora più generoso e parla dei suoi sentimenti e dei suoi bisogni (quando questi possono fornire esperienze affettivamente correttive per il paziente)

LIMITED REPARENTING

- Il terapeuta è attento a qualsiasi segno di attivazione emotiva del paziente
- Ogni volta che il paziente si attiva emotivamente, il terapeuta si ferma ed attiva un processo di esplorazione condivisa
- Il terapeuta chiede continuamente feedback emotivi al paziente rispetto ai suoi movimenti
- Tutto questo permette al paziente di imparare che le sue emozioni sono importanti, più importanti degli obiettivi, che il terapeuta non ne ha paura e gli consente di riconoscere e connettersi ai propri bisogni.



LIMITED REARENTING

Il terapeuta:

- Metacomunica
- Ripara le rotture della relazione terapeutica (scusandosi per i propri errori)
- Usa l'autosvelamento per condividere difficoltà simili a quelle del paziente o per esprimere ciò che prova per il paziente
- Si fa custode della relazione terapeutica, proteggendo la connessione emotiva e il suo desiderio di avvicinarsi al paziente, discutendo tutti i comportamenti del paziente che lo allontanano
- Mette limiti in base ai propri bisogni
- Declina il Limited Reparenting in base ai bisogni e all'architettura cognitivo-emotiva del paziente

IL CONFRONTO EMPATICO

- È una tecnica sia relazionale che cognitiva
- Ogni intervento confrontativo è preceduto da un intervento validante
- A differenza di altri approcci, validazione e confronto sono sempre due componenti inscindibili
- Il terapeuta valida i bisogni che il paziente sta cercando di soddisfare e confronta la disfunzionalità dei comportamenti che adotta

TECNICHE TERAPEUTICHE E LORO ORDINE DI APPLICAZIONE

1. Tecniche Relazionali: Limited Reparenting; Confronto Empatico; mettere limiti
2. Tecniche Cognitive: Dialogo Socratico; Riformulazione; Flash Card
3. Tecniche Esperienziali: Lavoro con le sedie e Imagery Rescripting
4. Tecniche Comportamentali: Rottura dei pattern comportamentali; Skill Training; Role Play

L'IMAGERY RESCRIPTING



UN'ATTENTA PSICOEDUCAZIONE

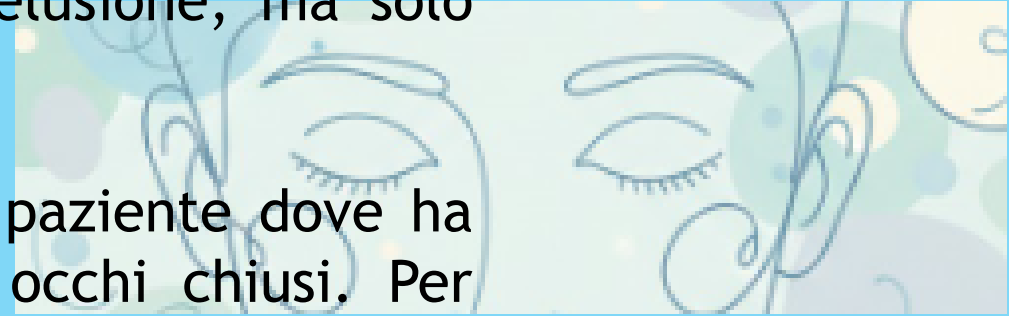
È importantissimo chiarire al paziente che riscrivere l'immagine della sua storia non è il fine dell'intervento ma è il mezzo attraverso il quale si vuole raggiungere lo scopo di catalizzare il cambiamento emotivo.

IL PUNTO DI INNESCO

1. Il racconto del paziente di un episodio della settimana in cui non è riuscito a comportarsi in modo adattivo, non riuscendo quindi a soddisfare i suoi Bisogni Emotivi Primari
2. L'attivazione emotiva del paziente nel *qui e ora* del lavoro terapeutico

CHIUDERE GLI OCCHI

- Quando chiediamo al paziente di chiudere gli occhi, è importante rassicurarlo sul fatto che se qualcosa non va li potrà riaprire in qualsiasi momento e che questo non desterà delusione, ma solo desiderio di comprensione
- Prima di fare chiudere gli occhi, chiediamo al paziente dove ha bisogno di sentirsi collocati mentre terrà gli occhi chiusi. Per alcuni andrà benissimo la collocazione in cui siamo, altri avranno bisogno di collocarci molto più vicini, altri ancora molto più lontani.
- Alcuni pazienti non riusciranno a tenere gli occhi chiusi (soprattutto i più traumatizzati). Chiediamo loro di fissare un punto.



IL LINGUAGGIO DEL TERAPEUTA

- Non dobbiamo parlare *come terapeuti*
- Dobbiamo parlare *come dei genitori*
- Parleremo molto meno. Un uso eccessivo del linguaggio aiuta a prendere le distanze dalle emozioni
- C'è una grande differenza tra il chiedere al paziente di *dare un nome* all'emozione che sta provando e l'incoraggiarlo a *viverla e a farne esperienza insieme* a noi (Fosha)
- Useremo un *linguaggio semplice ed emotivamente evocativo*

LA RELAZIONE TERAPEUTICA

- Fate trasparire il vostro coinvolgimento
- Fate sentire al paziente che quelle immagini dolorose hanno un impatto su di voi
- Manifestatelo attraverso il canale *verbale* («*E' orribile...; è terribile*»), ma soprattutto attraverso il *non verbale*, attraverso la vostra *intonazione* o attraverso un semplice «*Uhm*» che fa eco al dolore del paziente
- Tutto questo aiuterà il paziente a coinvolgersi sempre di più dal punto di vista emotivo, a non sentirsi solo e a sentire il terapeuta vicino, mentre con gli occhi chiusi sta rivivendo le immagini più dolorose della sua vita

QUALE EMOZIONE USARE PER ATTIVARE IL PONTE EMOTIVO?

- Dobbiamo lavorare su tutte le emozioni che stanno impedendo al paziente di mettere in atto un comportamento adattivo
- Potranno essere emozioni *disregolate* o *modulate dai Coping*

PER UNA CORRETTA INDIVIDUAZIONE DELLE EMOZIONI:

- Spesso i pazienti definiscono *in modo cognitivo* le emozioni: «*Sento di non avere una guida, sento di non andare bene...*»
- Chiediamo al paziente quale emozione prova nel pensare quelle cose: «*Quale emozione ti fa provare pensare di essere senza una guida? Quale emozioni provi quando pensi di non andare bene?*»
- Verifichiamo che l'emozione *esperita* sia effettivamente quella *verbalizzata*, facendo focalizzare il paziente sui correlati somatici: «*Mentre ti stai sentendo così cosa stai avvertendo nel tuo corpo?*»

DOVE ORIENTARE IL PONTE EMOTIVO:

- Dobbiamo cercare di recuperare le immagini più precoci perché saranno quelle sulle quali il lavoro sarà più efficace. «*Quello che vivi nell'infanzia è quello che dice chi sei*» (Vartouhi Ohanian, *Comunicazione Personale*)
- Se un paziente recupera un'immagine dell'adolescenza, chiediamogli di andare ancora più a ritroso
- Se non emergono immagini dell'infanzia, proviamo a far rivivere al paziente l'immagine dell'adolescenza. Al termine del processo, proviamo a chiedere nuovamente al paziente di focalizzarsi su quello che sta provando, lasciando sfumare l'immagine dell'adolescenza, per provare ad andare ancora più a ritroso. A volte *rimbalzare emotivamente* sulle immagini dell'adolescenza permette di accedere più facilmente alle immagini dell'infanzia
- Se neanche questo funziona, riscriviamo l'immagine dell'adolescenza

MONITORARE E SUPERARE IL DISTACCO

Ci sono tanti modi in cui il paziente potrebbe tentare di distaccarsi per prendere distanza dalle immagini dolorose sulle quali andremo a lavorare. Vediamone insieme alcuni dei più frequenti:

- Il paziente usa il passato per descrivere le immagini dell'infanzia. Chiediamogli gentilmente di usare il tempo presente.
- L'eloquio del paziente si velocizza: il paziente sta passando dal rivivere al raccontare. Chiediamogli gentilmente di rallentare, di non raccontarci quell'immagine, ma di riviverla come se il suo contenuto stesse accadendo in questo momento.
- Il paziente esce dall'immagine, creando dei link con eventi accaduti successivamente. Chiediamogli gentilmente di ritornare nell'immagine e di calarsi pienamente nella prospettiva di quel bambino, il quale non conosceva un secondo di più di ciò che sarebbe successo dopo.

Attenzione!

Consegna tanto fondamentale quanto, troppo spesso, ignorata: assumi il punto di vista di quel bambino e non sapere un secondo di più di quello che sa lui!

MONITORARE E SUPERARE IL DISTACCO: L'UTILIZZO DELL'IMMAGINE DEL LUOGO SICURO

I *pazienti maggiormente traumatizzati* gioveranno molto del far precedere e del far seguire l'Imagery Rescripting dall'Immagine del Luogo Sicuro.

Diversamente, occorre farne un uso attento e ragionato con *pazienti molto distaccati*, quando finalmente si attivano emotivamente in seduta, cogliamo subito l'occasione, chiedendo loro di chiudere gli occhi, di concentrarsi su quello che stanno provando e di lasciare emergere un'immagine della loro infanzia in cui si sono sentiti nello stesso modo. In questo caso, se usassimo l'Immagine del Luogo Sicuro, aiuterebbe il paziente a prendere distanza dalle emozioni dolorose, per poi non volervi più tornare in contatto.

MONITORARE E SUPERARE IL DISTACCO: L'UTILIZZO DELL'IMMAGINE DEL LUOGO SICURO

Al contrario, con i *pazienti particolarmente disregolati*, quelli che possono essere portati fuori dalla loro finestra di tolleranza a causa della paura delle emozioni che potranno provare durante l'Imagery Rescripting, l'Immagine del Luogo Sicuro può essere particolarmente utile per prevenire l'evitamento esperienziale. Quando l'Imagery Rescripting non sarà riuscito a rispondere ai Bisogni Emotivi del paziente nel modo più efficace ed il paziente si ritroverà ancora turbato e a disagio, potrà essere molto utile portarlo nell'Immagine del Luogo Sicuro per rasserenarlo e stabilizzarlo, anche qui prevenendo un futuro evitamento esperienziale.

LA COSTRUZIONE DELL'IMMAGINE DELL'INFANZIA

- La *prima domanda* che dobbiamo porre al paziente è:
«*Quanti anni hai in questa immagine?*» Questo ci permetterà di modulare nel modo più efficace il processo di Rescripting.
- Maggiore sarà il distacco del paziente e maggiore dovrà essere la cura della ricostruzione dell'immagine.
Particolare attenzione va da data alla ricostruzione della *comunicazione non verbale*

LA COSTRUZIONE DELL'IMMAGINE DELL'INFANZIA: LA SEQUENZA DELL'INTERVENTO DEL TERAPEUTA

- Il terapeuta *chiede il permesso di entrare nell'immagine*
 - Il terapeuta *chiede al paziente dove lo vede nell'immagine*
 - *Il terapeuta prende un breve contatto con il bambino e lo mette in sicurezza*
 - Il terapeuta *esprime il desiderio di parlare con i genitori del bambino e chiede a quest'ultimo l'autorizzazione a farlo*
 - Il terapeuta *chiede al bambino dove e come potrebbe sentirsi al sicuro, mentre lui dialoga con i genitori*
 - Il terapeuta *parla con i genitori, cercando di aiutarli a comprendere i bisogni del bambino e, se necessario, rivendicandone i diritti e proteggendolo dal maltrattamento e dall'abuso*
 - *Il terapeuta si rivolge al bambino realizzando il Reparenting*
- **N.B.:** Prima di realizzare il Reparenting, è necessario parlare con i genitori, perché così facendo «spegneremo» gli Schemi del paziente che altrimenti andrebbero a neutralizzare il Reparenting, impedendogli di essere interiorizzato.

MONITORARE E SUPERARE IL DISTACCO

Vi sono altri modi in cui il paziente cercherà di evitare le emozioni:

- Si rifiuterà di realizzare l'Imagery Rescripting. Sta emergendo il Protettore Distaccato che vuole proteggere la parte bambina dalla sofferenza.

Aiutiamo il paziente a riconoscere l'attivazione di quella parte; intervistiamola; cerchiamo di comprendere che cosa teme; cerchiamo di rassicurarla, cercando di capire di che cosa abbia bisogno per riuscire a sentirsi abbastanza sicura di correre il rischio di permettere al bambino di ricevere l'Imagery Rescripting. Realizzeremo tutto questo attraverso la Tecnica delle Due Sedie per i Mode di Coping

- Il paziente riaprirà gli occhi durante l'Imagery Rescripting.

Non abbiate fretta di riportare il paziente nell'esercizio, ma accogliete e fate posto alla parte che sta emergendo (Protettore Distaccato), cercando di capire che cosa l'abbia spaventata e di cosa abbia bisogno per essere rassicurata, sempre attraverso la Tecnica delle Due Sedie per i Mode di Coping

MONITORARE E SUPERARE IL DISTACCO

- Il paziente potrebbe impedirci di sentire le risposte dei genitori, parlando al loro posto e uscendo dall'immagine. Es.: «Papà non capirebbe mai, non l'ha mai fatto per 60 anni...».

Chiediamo al paziente di permettere al genitore di risponderci e, se non funziona, aiutiamo il paziente a riconoscere la parte che si sta attivando (il Protettore Distaccato), facendo spazio ad essa, cercando di comprendere che cosa teme che possa succedere se ci permette di continuare il dialogo con il genitore.

Occorrerà poi capire di cosa abbia bisogno il Protettore Distaccato per essere sufficientemente rassicurato da permetterci di tornare a parlare con il genitore. Potremo chiedere al paziente di portare il Protettore Distaccato nell'immagine e parlare con esso, seguendo i punti della Tecnica delle Due Sedie per i Mode di Coping

IL CONFRONTO CON I GENITORI DELL'IMMAGINE

- Presentatevi come psicoterapeuti
- È bene iniziare a muoverci con grande delicatezza e rispetto. I genitori sono tra e parti più delicate del paziente.

Es.: «Sono il Dottor Filippo Tinelli e sono uno Psicoterapeuta. Sono qui perché voglio esservi d'aiuto nell'avere cura del vostro piccolo Filippo. Il mio intervento non vuole essere un giudizio o un attacco alla vostra genitorialità. So che fare il genitore è la cosa più difficile in assoluto e so anche che non vi dicono nulla su come farlo al meglio. Se dico qualcosa che vi fa sentire giudicati o attaccati, vi prego, ditemelo affinché possa parlarvi in un modo più rassicurante.»

- Dobbiamo muoverci senza attivare eccessivamente sensi di colpa e/o obblighi di lealtà che non permetterebbero al paziente di godere della nostra protezione e del nostro supporto

IL CONFRONTO CON I GENITORI DELL'IMMAGINE

- Cerchiamo prima di comprendere se il genitore è consapevole di come si stia sentendo il bambino e quali siano le finalità e gli intenti del suo agire
- Se il genitore non si dimostra collaborativo usiamo il Confronto Empatico
- Possiamo indicare al genitore di seguire una psicoterapia
- Solo se il genitore è chiaramente maltrattante o abusante diventiamo molto fermi

IL CONFRONTO CON I GENITORI DELL'IMMAGINE

- Inizialmente è bene fare il possibile per stimolare la parte sana del genitore immaginario perché, quando questa si manifesta e ripara, il Rescripting risulta ancora più potente
- Quando questo non accade, dobbiamo essere pronti a prendere tutti i provvedimenti necessari, come attivare i servizi sociali o prendere il bambino in affido

ALCUNE DELLE SITUAZIONI PIÙ DIFFICILI E
RICORRENTI E LA LORO GESTIONE

Il genitore potrebbe rispondervi bruscamente che
il figlio è suo e che lui ne fa quello che vuole.

Noi risponderemo che non è così, che lui *non può* fare quello che vuole con il figlio, perché i diritti dei bambini sono tutelati dalla legge

Il genitore potrebbe cacciarvi in malo modo,
dicendo che lui sa come comportarsi nei
confronti del figlio.

In questo caso potremmo rispondere: «Sono veramente molto preoccupato per quello che sta succedendo. Le ho detto che sono un esperto e un buon genitore ascolta sempre molto attentamente quello che un esperto dice riguardo al benessere del figlio. Quando qualcosa non gli torna, fa delle domande per cercare di comprendere meglio quello che sta affermando l'esperto. Il fatto, poi, che tutto questo avvenga riguardo all'essere genitori mi lascia ancora più preoccupato, perché fare i genitori è la cosa più difficile in assoluto e sulla quale si hanno veramente pochissime informazioni. Il fatto che mi abbia cacciato in questo modo mi fa temere che lei sia troppo fragile per avere la forza di mettersi in discussione, per avere cura del benessere di suo figlio e che, quindi, tema più fortemente di sentirsi inadeguato rispetto al fatto che suo figlio possa soffrire terribilmente.»

Il genitore potrebbe dirvi che non ha tempo né energie e che ha troppe cose a cui badare.

In questo caso potremmo rispondere: *«Capisco che lei abbia tanti pesi sulle spalle, ma per un buon genitore il proprio bambino è la cosa più importante e inoltre nel momento in cui ha scelto di diventare padre si è anche assunto la responsabilità di fare tutto il necessario per dare a suo figlio tutto quello di cui ha bisogno per crescere sereno e felice.»*

Il genitore potrebbe dirvi che ha avuto dei genitori
orribili e che non è capace di fare diversamente.

Questo potrebbe farvi sentire impotenti, ma, in verità, il genitore «vi sta mettendo la palla sul dischetto del rigore», perché potreste rispondere in questo modo: *«Mi dispiace lei abbia sofferto così tanto crescendo... Non scegliamo le nostre storie e non scegliamo neanche le cicatrici che ci lasciano. Lei ha il diritto di avere dei limiti come genitore, ma anche il dovere e la responsabilità, una volta riconosciuti come tali, di fare di tutto per evitare che suo figlio soffra quello che lei ha sofferto da bambino e se non sa come fare ha il diritto e il dovere di farsi aiutare da un professionista.»*

Il genitore crolla sotto il peso della propria tristezza e della propria colpa e scoppia a piangere disperato.

In questo caso potremmo intervenire in un modo simile:
«Mi spiace lei stia soffrendo così tanto, ma mi spiace ancora di più che la sua sofferenza le stia impedendo di avere cura di quella di suo figlio. Se non riesce ad avere cura delle sue emozioni e quindi queste la schiacciano e le impediscono di avere cura di suo figlio, lei ha la responsabilità morale, affettiva e giuridica di imparare a farlo grazie all'aiuto di un professionista.»

ALCUNE DELLE SITUAZIONI PIÙ DIFFICILI E RICORRENTI E LA LORO GESTIONE

IMPORTANTE: Dobbiamo cercare di cogliere sempre le implicazioni più profonde di quello che sta succedendo, metterne in luce gli effetti sul bambino, nel qui e ora ed in futuro.



NON RIESCO PROPRIO AD IMMAGINARMELO...
«MI SENTO TROPPO IN COLPA!»

Alcuni pazienti possono mostrarsi in grande difficoltà nell'immaginare i loro genitori alle prese con un percorso terapeutico e con il poterne trarre giovamento.

In quei casi il terapeuta potrà proporre al bambino di viaggiare nel tempo e andare direttamente al momento in cui il genitore avrà terminato la terapia.

A quel punto il terapeuta potrà far parlare il genitore con la propria voce.

Questo artificio può risultare estremamente utile anche in tutti quei casi in cui i bambini si sentono in colpa perché i genitori dovranno sostenere la fatica di affrontare un percorso terapeutico.

MONITORARE E SUPERARE LA COMPIACENZA

- A volte, durante il processo di Rescripting, il terapeuta potrebbe percepire dei cambiamenti nell'atteggiamento dei genitori nell'immagine eccessivamente positivi, difficilmente compatibili con la situazione (in base alla conoscenza della storia del paziente) e senza che siano accompagnati da una congrua emotività. Tutto questo potrebbe fare pensare all'attivazione del *Mode di Coping Arreso Compiacente*, che potrebbe intervenire per uno o più dei seguenti motivi:
 - Il paziente potrebbe non sentirsi in diritto di mettere in difficoltà il terapeuta, facendolo effettivamente confrontare con il genitore nell'immagine
 - Potrebbe temere un allontanamento del terapeuta a causa dell'eccessiva fatica che comporta la cura del paziente

MONITORARE E SUPERARE LA COMPIACENZA

- Potrebbe percepire il rischio che il terapeuta, frustrato per la situazione, possa diventare critico e invalidante
- Potrebbe temere di essere sconvolto dalle emozioni che un realistico confronto tra il terapeuta e il genitore potrebbe comportare
- Il terapeuta aiuta il paziente a riconoscere l'attivazione del *Mode Arreso Compiacente*, lo personifica nell'immagine e lo confronta empaticamente seguendo i punti della Tecnica con le Due Sedie per i Mode di Coping

IL LAVORO CON IL BAMBINO: IL REPARENTING

- Dopo aver parlato con i genitori o con gli adulti di riferimento, chiediamo al bambino come l'ha fatto sentire quello che abbiamo detto a sua madre o a suo padre
- Se il bambino ci risponde di sentirsi in colpa, possiamo provare ad intervenire nel seguente modo: *«La tua mamma e il tuo papà sono molto fortunati ad avere un bimbo con un cuore grande come il tuo, ma voglio che tu appia una cosa molto importante: non possono essere i bambini, che sono piccoli e sanno poche cose, a proteggere i genitori che sono grandi e sanno molte cose. Non sono i bimbi che devono rinunciare alle cose più importanti di cui hanno bisogno per crescere sereni e felici per non far faticare i loro genitori che, quando hanno scelto di diventare mamma e papà, si sono assunti la responsabilità di fare tutte le fatiche necessarie per dare ai loro bambini quello di cui hanno bisogno per crescere sereni e felici. I bambini hanno dei diritti che sono protetti e tutelati dalla legge, in modo tale che chiunque debba rispettarli. Come ti fa stare quello che ti sto dicendo?»*

IL LAVORO CON IL BAMBINO: IL REPARENTING

- Successivamente, inizieremo il Reparenting propriamente detto, passando ad enunciare le frasi «*antidoto*» agli Schemi Maladattivi del paziente, ovvero le alternative sane che un buon genitore insegnerebbe al suo amato figlio
 - Monitoriamo la *penetranza* del Reparenting: «*Riesci a credermi? Non mi stupirebbe affatto se tu non ci riuscissi, perché per tutta una vita hai imparato l'esatto contrario. Se così fosse vorrei tanto sapere cosa ti rende difficile credermi, ma soprattutto di cosa hai bisogno per riuscire a credermi.*»
 - Diamo al paziente ciò di cui ha bisogno per riuscire a *interiorizzare* il Reparenting
- **N.B.:** Spesso quando chiediamo al bambino di cosa abbia bisogno, ci può rispondere esprimendo un Coping e non un reale Bisogno Emotivo Primario. In questo caso utilizzeremo il Confronto Empatico per validare il desiderio espresso, ma anche per aiutare il paziente a comprendere di cosa abbia autenticamente bisogno

IL LAVORO CON IL BAMBINO: IL REPARENTING

- Se il paziente ci dice cose come: *«Vorrei tanto che fosse successo, ma in 30 anni non è mai accaduto...»*, possiamo intervenire nel seguente modo: *«E' il piccolo Filippo che sta parlando o è una parte più adulta? Prova a tornare ad assumere il punto di vista del piccolo Filippo e a non sapere un secondo di più di quel che sa quel bambino, per potergli permettere di ricevere almeno un po' di quello di cui ha bisogno e di quello che merita.»*
- Chiediamo un feedback emotivo: *«Ora che riesci a credermi, mi diresti come ti fanno sentire le mie parole?»*
- Dopo aver comunicato i significati funzionali e adattivi al paziente, glieli facciamo vivere attraverso la costruzione di immagini che dovranno soddisfare i bisogni insoddisfatti del paziente (*attenzione e cure, autonomia, gioco e spontaneità...*)
- ➡ ■ Fondamentali sono la *connessione emotiva* del terapeuta e il suo *autosvelamento*
- ➡ ■ L'Imagery Rescripting permette di andare ben oltre i confini della relazione terapeutica rimanendo in uno *spazio sicuro*

IL RITORNO AL PRESENTE

- Dopo aver soddisfatti i Bisogni Emotivi Primari del bambino, chiedo al paziente come si sta sentendo e dove lo sente nel suo corpo. Gli chiedo di focalizzarsi su tutto questo, di lasciare sfumare l'immagine dell'infanzia e di tornare nell'immagine del presente con il nuovo correlato emotivo
- Chiedo al paziente se, effettivamente, riesce a portare il nuovo correlato emotivo nell'immagine del presente e, se sì, se cambia qualcosa e, se sì, che cosa cambia
- Il paziente sperimenterà come il nuovo correlato emotivo lo aiuti a comportarsi in modo adattivo
- A volte non basterà fornire al paziente le emozioni di cui ha bisogno per comportarsi in modo nuovo, ma occorrerà anche arricchire il suo repertorio comportamentale. In questo caso, il terapeuta sarà fondamentale anche nell'immagine del presente, potendo modulare il proprio intervento in un continuum che va dal coaching all'entrare anche nell'immagine del presente

IL LAVORO SUI TRAUMI

- Le immagini traumatiche NON sono le prime ad essere affrontate
- Un assunto fondamentale dell'Imagery Rescripting declinato all'interno della Schema Therapy è quello di NON far rivivere il trauma
- Riscriviamo appena prima che il trauma avvenga o, se ci troviamo proiettati in esso, interveniamo tempestivamente, senza ricostruire l'immagine

PROBLEMI DI FIDUCIA, L'USO DELL'AIUTANTE E IL “REARENTING DI SPONDA”

Con alcuni pazienti traumatizzati al terapeuta non sarà permesso di entrare nelle immagini per diverse sessioni.

In alcuni di questi casi potranno essere recuperati degli aiutanti (nonni, zii, professori, amici di famiglia ecc..).

Questi aiutanti saranno fatti entrare nelle immagini insieme al terapeuta.

Il terapeuta lascerà che sia l'aiutante a realizzare la prima parte del rearenting, per poi intervenire e guidarne la seconda integrando gli aspetti che l'aiutante non sarà in grado di cogliere.

Esempio

Terapeuta: *“nonna Silvia potresti per favore dire alla piccola Luna che è una bambina meravigliosa e che potrebbe anche fare tutti gli sbagli del mondo ma neanche un milione di sbagli cambieranno il fatto che è una bambina meravigliosa”*

DAL BAMBINO VULNERABILE ALL'ADULTO SANO: L'INTRODUZIONE DELL'ADULTO SANO NELL'IMAGERY RESCRIPTING

- Quando l'Adulto Sano del paziente inizia a manifestarsi, iniziamo a portarlo nelle immagini
- Nelle immagini entreranno il terapeuta e l'Adulto Sano del paziente. Sarà quest'ultimo ad avere cura del bambino nelle immagine e il terapeuta sarà pronto ad offrire il suo sostegno in caso di necessità
- Quando l'immagine sarà stata riscritta, chiederemo al paziente di «riavvolgere il nastro» e di rivivere nuovamente l'immagine dal punto di vista del bambino
- L'immagine vissuta dai due differenti punti di vista risponde a due differenti bisogni: il bisogno di dare cure e il bisogno di riceverle

STIMOLARE L'INTEGRAZIONE TRA L'ADULTO SANO E IL BAMBINO VULNERABILE DEL PAZIENTE

- L'Adulto Sano del paziente può svilupparsi considerevolmente, pur continuando a non attivarsi per il Bambino Vulnerabile del paziente
- Occorre lavorare appositamente sull'integrazione di queste due parti
- Uno dei modi in cui possiamo farlo è «L'esercizio del bambino seduto sulle ginocchia»



ESERCIZI IMMAGINATIVI PER SUPERARE IL PROTETTORE DISTACCATO

Quando il paziente è particolarmente distaccato ed è totalmente fuso con il suo protettore, non avvertendo minimamente il bisogno di avere cura dei bisogni del suo bambino vulnerabile, possiamo introdurre il seguente esercizio:

“Vorrei che ti prendessi qualche momento per guardare la tua foto da bambino.

Bene ora vorrei che tu chiudessi gli occhi e che immaginassi di avvertire un peso sulle tue gambe. Non è un peso opprimente, anzi ti dà una piacevole sensazione di contenimento.

Ora immagina di aprire i tuoi occhi e immagina di vedere seduto sulle tue gambe il bambino che prima hai visto nella foto. Come ti fa sentire ritrovarlo? Dove senti tutto questo nel tuo corpo?”

- Il terapeuta passa ad incoraggiare il paziente ad esprimersi sui contro dei mode di coping:

“Ora vorrei che provassi ad immaginare di essere in procinto di dire a quel bambino: non avrò cura di te, non ci sarò per te, ti lascerò solo, non ho intenzione di adoperarmi per te. Come ti fa sentire?”

- Se il paziente resiste e rimane distaccato:

“Prova ad immaginare di guardarlo negli occhi e di dirglielo ora ad alta voce”

- Se il paziente resiste e rimane comunque distaccato:

“Prova ad immaginare di chiudere gli occhi e di riaprirli come se fossi il piccolo Filippo. Prova a guardare il Filippo adulto negli occhi. Che faccia sta facendo? Come ti fa sentire vedere quell’espressione? Come ti fa sentire che neanche il Filippo adulto c’è per te? Come ti fa sentire il fatto che il Filippo adulto è l’ennesima persona ad abbandonarti a non curarsi di te e a lasciarti da solo? Puoi provare a guardare negli occhi il Filippo adulto e a dirgli ad alta voce come ti sta facendo sentire quello che ti ha appena detto? Ora vorrei che provassi ad immaginare di chiudere gli occhi e di riaprirli come un Filippo adulto. Come ti ha fatto sentire quello che ti ha detto il Filippo bambino? Cosa provi per lui in questo momento? Dove e come lo senti nel tuo corpo? Concentrati su quello che stai provando. Cosa senti il bisogno di fare per lui?”

L'ESERCIZIO DEL BAMBINO SEDUTO SULLE GINOCCHIA

- Chiediamo al paziente di immaginarsi di ritrovarsi seduto sulle proprie ginocchia il bambino che è stato
- Gli chiediamo di descrivercelo
- Gli chiediamo cosa prova *per* quel bambino
- Se il paziente fatica a provare compassione per il bambino, possiamo chiedergli di pensare a tutte le cose che sono mancate a quel bambino e a tutte le cose negative che non gli sono mancate
- Chiediamo nuovamente al paziente cosa prova per quel bambino, dove e come avverte tutto questo nel proprio corpo
- Chiediamo al paziente se quello che sta provando gli fa sentire il bisogno di dire o fare qualcosa per il bambino

- Chiediamo al paziente di metterlo in atto
- Gli chiediamo di immaginare come stia reagendo il bambino e come questo lo faccia sentire
- Chiediamo al paziente di immaginare di chiudere gli occhi e di riaprirli dal punto di vista del bambino
- Chiediamo al bambino di osservare l'adulto e come lo fa sentire quello che sta vedendo
- Chiediamo al bambino di esprimere i propri bisogni all'adulto



- Chiediamo al paziente di immaginare di chiudere gli occhi e di riaprirli dal punto di vista dell'adulto
- Chiediamo all'adulto come lo ha fatto sentire quello che gli ha chiesto il bambino
- Gli chiediamo i correlati somatici di quello che sta sentendo
- Gli chiediamo se quello che sta sentendo gli fa sentire il bisogno di dire o fare qualcosa per il bambino
- Gli chiediamo di metterlo in atto

- Gli chiediamo come sta reagendo il bambino e come questo lo faccia sentire
- Gli chiediamo di immaginare di chiudere gli occhi e di riaprirli dal punto di vista del bambino
- Gli chiediamo come l'ha fatto sentire ciò che ha fatto o detto l'adulto
- Gli chiediamo di esprimerglielo
- Gli chiediamo come sta reagendo l'adulto
- Gli chiediamo di immaginare di chiudere gli occhi e di riaprirli dal punto di vista dell'adulto
- Gli chiediamo come l'ha fatto sentire quello che ha detto il bambino



***«L'immaginazione è la prima
fonte della felicità umana»***

Leopardi

«Ogni cambiamento è un miracolo da contemplare»

Henry David Thoreau



«Ma sono sopravvissuta. E verso la fine del mio periodo all'istituto, feci una promessa a Dio, un voto: mi sarei tirata fuori dall'inferno e, una volta fatto questo, avrei trovato un modo per farne uscire anche gli altri.»

M. Linehan

GRAZIE DELL'ATTENZIONE