

Terapie di coppia in ambito cognitivo-comportamentale

Elena Guazzo¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (SPC Verona)

Riassunto

Si parla di psicoterapia di coppia quando i colloqui clinici coinvolgono contemporaneamente entrambi i membri di una coppia legati da un vincolo affettivo; con questo termine Christensen (2010) intende tutti quegli approcci clinici volti a migliorare il funzionamento di due individui all'interno di una relazione. In ambito cognitivo-comportamentale, la terapia di coppia è sempre stata un campo marginale di applicazione teorica e pratica, sebbene già dagli anni '80 diversi autori abbiano trasposto e adattato i principi CBT nell'ambito delle relazioni di coppia, fornendo così ai clinici numerosi spunti e basi teoriche per comprendere e trattare tali problematiche.

Scopo di questo articolo è quello di presentare una panoramica generale degli aspetti teorici e pratici peculiari della Terapia cognitivo-comportamentale per le coppie, come teorizzati dai diversi Autori che se ne sono occupati. Inoltre vengono esposti due degli approcci terapeutici derivanti dalla CBT che applicano i principi fondamentali delle teorie di terza generazione, l'Acceptance and Commitment Therapy per le coppie e la Terapia Comportamentale Integrata di Coppia. Viene presentata anche l'Emotionally Focused Therapy per Coppie che si rifà a basi teoriche più ampie e variegata ma che condivide alcune caratteristiche di base con la CBT. Infine, viene proposto un confronto sintetico tra similitudini e differenze trasversali ai diversi approcci terapeutici presentati.

Summary

We talk about couple psychotherapy when the clinical interviews involve both members of a couple linked by an emotional bond; with this term Christensen (2010) intends all those clinical approaches aimed at improving the functioning of two individuals within a relationship. In the cognitive-behavioral field, couple therapy has always been a marginal field of theoretical and practical application, although since the 80s several authors have transposed and adapted the CBT principles in the field of couple relationships, thus providing clinicians numerous ideas and theoretical bases to understand and deal with these problems.

The aim of this article is to present a general overview of the theoretical and practical peculiar aspects of cognitive-behavioral therapy for couples, as theorized by the various authors who have dealt with them. Two of the therapeutic approaches arising from CBT are also exposed, applying the fundamental principles of third generation theories, Acceptance and Commitment Therapy for couples and Integrated Behavioral Couple Therapy. Also presented is the Emotionally Focused Therapy for Couples based on broader and more varied theoretical bases, but which shares some basic characteristics with CBT. Finally, a synthetic comparison between similitudes and differences across the different therapeutic approaches presented is proposed.

0. Introduzione

Generalmente per crisi di coppia si intende una fase in cui i partner sperimentano reciprocamente un malessere legato ad emozioni o stati d'animo negativi, come delusione, rabbia o ostilità, disgusto o altro, e i tentativi di farvi fronte non hanno successo e talvolta alimentano il problema (Dattilo, 2010). La terapia di coppia può venire in aiuto ai partner in crisi che non riescono a superare da soli le loro difficoltà relazionali; l'obiettivo ultimo di tale terapia è quello di aiutare le coppie, siano esse sposate o conviventi, etero o omosessuali, ad individuare e ad affrontare i propri conflitti oppure arrivare consapevolmente alla decisione di interrompere la relazione affettiva (Fabbro, 2015). La modificazione delle dinamiche negative e il superamento dei sentimenti di ostilità o delusione si ottengono nel corso della terapia attraverso una diversa percezione del partner, un cambiamento del comportamento personale da parte del partner, un cambiamento del partner o un misto di queste modificazioni (Lo Iacono, 2004).

Sono molti, ormai, gli studi (Northey, 2002; Psychotherapy Networker, 2007; Baucom et al., 1998) che dimostrano l'utilità e l'efficacia della CBT per le coppie nel ridurre la sofferenza relazionale.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale di coppia è un approccio clinico, generalmente di breve durata e focalizzato sulle problematiche portate dai partner, finalizzato a migliorare il funzionamento di due individui nel contesto della loro relazione (Christensen e Jacobson, 1997). È una psicoterapia attiva e collaborativa, centrata sul presente, che esamina anche la storia di vita e della relazione affettiva di coppia per comprendere le modalità di sviluppo e mantenimento dei problemi presentati (Rebecchi e Vinai, 2017). Gli interventi sono focalizzati su obiettivi terapeutici ascrivibili ai comportamenti comunicativi, alle cognizioni, alle emozioni, ai cicli interpersonali, ognuno comprendente diversi target, strategie e tecniche (Ruggiero e Sassaroli, 2013).

La terapia generalmente si articola secondo le tappe della CBT standard: assessment, formulazione del caso, restituzione, condivisione del contratto e degli obiettivi terapeutici, lavoro clinico per il raggiungimento degli obiettivi anche attraverso l'assegnazione di homework, prevenzione delle ricadute. Il percorso terapeutico si conclude idealmente quando le difficoltà lamentate all'inizio della presa in carico hanno trovato un equilibrio e una risoluzione che soddisfi entrambi i partner (Rebecchi e Vinai, 2017).

In ambito cognitivo-comportamentale, la terapia di coppia si è evoluta a partire da quella comportamentale (Behavioral Couple Therapy, BCT) dal lavoro di Stuart (1969, 1980) e di Jacobson (Jacobson e Margolin, 1979). Successivamente Baucom e Epstein (1990) sviluppano la Terapia di coppia cognitivo-comportamentale (Cognitive-Behavioral Couple Therapy, CBCT), che sottolinea i fattori emotivi e la valutazione e la modifica dei processi cognitivi attraverso la ristrutturazione cognitiva. Verso la fine degli anni '90, Christensen e Jacobson (1998) hanno sviluppato la Terapia comportamentale integrata di coppia (Integrative Behavioral Couple Therapy, IBCT), basata sulla BCT, che sottolinea il concetto di accettazione delle caratteristiche peculiari dell'altro. Per alcune caratteristiche, l'IBCT è simile all'ACT di Hayes (2004) che propone, anch'egli, un adattamento per le coppie, l'Acceptance and Commitment Therapy-C. Johnson e Greenberg (1987) teorizzano, invece, la Terapia di coppia focalizzata sulle emozioni (Emotionally Focused Therapy, EFT), che nasce dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1988) e che integra aspetti esperienziali, umanistici e sistemici.

1. Aspetti teorici peculiari della TCC per le coppie

1.1 Attaccamento

Lo psicoanalista J. Bowlby è stato il primo (1979, 1980, 1988) a esplorare le differenze individuali nel funzionamento del sistema di attaccamento all'interno delle relazioni sentimentali e coniugali: ha teorizzato l'esistenza di un nesso causale fra l'esperienza con i genitori e i legami affettivi che si costruiscono con il partner (Bowlby et al., 1987, 1988). Shaver, Hazan e Bradshaw (1988) hanno successivamente ipotizzato che tali legami di attaccamento siano determinanti nella vita adulta e simili ai legami neonato-caregiver. Hazan e Shaver (1987) hanno proposto che gli adulti formino relazioni di attaccamento con il proprio partner o coniuge che contribuiscono alla formazione dei modelli operativi interni, che comprendono i modelli operativi di sé e i modelli di sé-con-l'altro (Liotti, 2001), ovvero della relazione sentimentale matura. Hazan e Shaver (1987) concettualizzano l'amore romantico come un processo di attaccamento: gli stili di attaccamento sicuro, evitante e ansioso/ambivalente si manifesterebbero anche nelle relazioni amorose, mostrando continuità causale tra l'esperienza dell'individuo nell'attaccamento ai genitori e la sua esperienza nelle relazioni amorose (Stern, 1995). Questa teoria è stata ampliata da Bartholomew e Horowitz (1991), secondo i quali gli stili di attaccamento dell'adulto sono caratterizzati da processi di pensiero in linea con le credenze e gli schemi della persona. È stata individuata una correlazione positiva tra l'attaccamento nell'adulto e la soddisfazione relazionale (Mikulincer et al., 2002);

quando entrambi i partner hanno uno stile di attaccamento sicuro, riferiscono la più alta soddisfazione nelle loro relazioni sentimentali (Senchak e Leonard, 1992). Il tipo di attaccamento influenza anche l'evoluzione dell'intimità, dell'impegno e della tolleranza nelle relazioni (Mikulincer e Shaver, 2007). L'insicurezza di un soggetto dovuta a difficoltà di attaccamento nell'infanzia influenza il modo in cui egli esprime al proprio partner il rispetto, l'ammirazione e la gratitudine, e questo può avere un profondo impatto sul mantenimento di relazioni durature (Gottman, 1994).

Alcuni autori (Baldoni, 2004; Johnson, 2009) affermano che nella coppia l'attaccamento desiderabile è quello reciproco, in cui ogni partner è figura di attaccamento per l'altro e nella relazione i due partner possono muoversi empaticamente e con flessibilità fra “*il dipendente e il far dipendere*”, in modo che ognuno possa sperimentare entrambe le posizioni ricevendo e/o dando conforto e sicurezza. Liotti e Monticelli (2009) intendono la relazione di coppia come “*attaccamento tra pari*”, in quanto il legame di coppia è caratterizzato da reciprocità.

1.2 Processi cognitivi

I processi cognitivi sono la spina dorsale dell'approccio cognitivo-comportamentale alle disfunzioni relazionali (Baucom et al., 1989). Nella vita di coppia le distorsioni cognitive più frequenti sembrano essere la percezione selettiva e le false attribuzioni (Epstein e Baucom 2002; Baucom et al., 2002). Per lavorare sulle credenze patogene è necessario rendere la coppia consapevole delle distorsioni in cui cade e renderla capace di identificare le proprie modalità di pensiero (Baucom et al., 2002) attraverso il metodo ABC (Ellis, 1989). Aspettative o richieste irrealistiche, spesso apprese in relazioni passate con persone significative di riferimento, producono insoddisfazione e frustrazione, che si associano a interazioni negative, rancori, ostilità e delusioni (Beck, 1989; Ellis, 1989). Le aspettative negative rispetto alla relazione sono parte del problema relazionale e possono influenzare le interazioni con il partner e il futuro della relazione, creando una profezia che si auto avvera (Vanzetti et al., 1992). I membri della coppia spesso affermano che l'attenzione selettiva è uno dei maggiori fattori di disaccordo e di scontro nella relazione, e che può contribuire alle altre distorsioni cognitive e ad un'ulteriore disaffezione (Dattilo, 2010). I componenti di una medesima coppia spesso compiono le stesse distorsioni, soprattutto quando c'è tensione o conflitto nella relazione (Dattilo, 2010).

Quando un partner si focalizza su alcuni aspetti dell'interazione con il compagno, formula delle inferenze, denominate attribuzioni (Seligman, 1978), che fungono da spiegazione agli eventi relazionali. Abitualmente c'è la tendenza ad attribuire le proprie mancanze o errori a fattori

contestuali legati alla situazione, mentre quelle altrui a caratteristiche interne e stabili della personalità, con poche possibilità di cambiamento (Hewstone, 1989; Bradbury e Fincham, 1990; Epstein e Baucom, 2003). Gli errori di attribuzione tendono ad influenzare le capacità di problem solving, la comunicazione, e ad alimentare ulteriori scambi comportamentali negativi (Bradbury e Fincham, 1990; Miller e Bradberry, 1995). Le attribuzioni che gli individui formulano sui comportamenti degli altri spesso li portano a fare previsioni sul loro comportamento futuro; tali attribuzioni creano aspettative che prendono forma di predizioni sul probabile corso di una relazione e che tendono a radicarsi (Dattilo, 2010). Le aspettative e le attribuzioni sono generalmente integrate: i coniugi che attribuiscono i problemi della relazione più al proprio comportamento che a quello del partner o a fattori esterni, più facilmente si aspettano possibili miglioramenti nella relazione (Pretzer et al., 1991).

1.3 Comunicazione

I membri di una coppia in crisi mostrano diversi pattern comunicativi disfunzionali, che possono complicare l'espressione dei pensieri e delle emozioni (Dattilo, 2010). Scarse capacità di ascolto e ridotte abilità di problem solving sono alcuni dei fattori che causano difficoltà (Dattilo e Van Hout, 2006; Epstein e Baucom, 2002, Walsh, 1998). Nelle coppie in difficoltà si riscontrano vari tipi di comportamenti "non comunicativi" (Baucom e Epstein, 1990; Epstein e Baucom, 2002), ovvero di gesti positivi e negativi che hanno lo scopo preciso di colpire i sentimenti dell'altra persona. Si tratta generalmente di messaggi impliciti, trasmessi mediante un comportamento, che non prevedono l'espressione esplicita di pensiero o emozioni (Baucom e Epstein, 2002). Per quanto riguarda l'aspetto comunicativo, per migliorare la qualità della relazione, il terapeuta può lavorare per creare nuove abilità comunicative, verificare pensieri ed emozioni sottostanti gli scambi comunicativi, implementare gli scambi comunicativi validanti e rafforzare le comunicazioni positive (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017). Generalmente le coppie in conflitto si caratterizzano per le tipologie di non-comunicazione che utilizzano, come la critica e l'incolpare l'altro e la negazione delle proprie responsabilità (Baucom, Epstein, 1990). Gli obiettivi dell'intervento sui comportamenti comunicativi riguardano l'individuare e rendere consapevoli i partner delle loro modalità comunicative disfunzionali, il chiedere loro un'assunzione di responsabilità su ciò, e lo sviluppo di nuove modalità comportamentali funzionali (Dattilo, 2010).

1.4 Cicli interpersonali

I cicli interpersonali disfunzionali sono modalità relazionali che rinforzano la visione rigida e schematica di almeno uno e spesso di entrambi i partner (Safran e Segal, 1990). L'individuo mette in atto queste strategie per evitare di vivere stati per lui dolorosi, ma così facendo attiva nell'altro proprio i comportamenti temuti, confermando le sue credenze centrali (Dimaggio et al., 2013).

Nelle relazioni di coppia conflittuali sono rintracciabili più frequentemente tre cicli interpersonali:

- Il ciclo cosiddetto della “coppia-wrestling” prevede un continuo ingaggio in una simmetria di accuse e colpevolizzazioni che aumentano la conflittualità e la sofferenza (Johnson, 2013). È un ciclo conflittuale simmetrico che produce un'escalation di continue accuse e mantiene il risentimento e la visione distorta dell'altro. Quanto più spesso i partner si scambieranno attacchi, tanto più la loro percezione reciproca di pericolo aumenterà, insieme alla quota di emozioni negative (Rebecchi e Vinai, 2017).

- Il ciclo interpersonale disfunzionale soprannominato di “Sandra e Raimondo Vianello” prevede che un membro assuma il ruolo di chi rivendica i propri bisogni disattesi, mentre l'altro si distanzia per l'insopportabile pressione del partner. Questo ciclo può rappresentare un'evoluzione del precedente: un partner non accetta più il confronto simmetrico e tende a distaccarsi e ad isolarsi, in una posizione di ritiro (Johnson, 2008; Rebecchi e Vinai, 2017).

- Il ciclo interpersonale disfunzionale chiamato “coppia – separati in casa” è un'ulteriore fase conclusiva del processo di degenerazione progressiva della relazione affettiva. Questo ciclo è attivo quando il partner che ha inseguito smette di cercare di coinvolgere il partner ritirato, allontanandosi e interrompendo la relazione. Questo ciclo è caratterizzato dall'assenza di emozioni, sia piacevoli che dolorose (Rebecchi e Vinai, 2017).

Il percorso terapeutico guida la coppia a riconoscere il ciclo disfunzionale e la sua ripetitività, entrando in contatto con le emozioni e cominciando a condividerle maggiormente (Weeks e Treat, 1992). Il terapeuta inizialmente si pone come osservatore interessato per individuare il ciclo nella sua manifestazione comportamentale, arricchendolo successivamente di dettagli e particolari (Dattilo, 2005). Il clinico identifica il ciclo come il vero problema, che viene visto come un'entità esterna alla volontà di entrambi i partner, permettendo loro di riconoscere come ciascuno contribuisca a causare i problemi di cui soffre (Rebecchi e Vinai, 2017). Il ruolo del terapeuta diventa di osservatore partecipe, che valida le risposte emotive secondarie dei partner che emergono dal ciclo interpersonale (Weeks e Treat, 1992). Il passaggio dal ciclo guidato dalle emozioni secondarie a quello guidato dalle emozioni primarie avviene solo dopo un periodo di terapia in cui i partner si sono allenati a riconoscere il ciclo e a parlarne in seduta (Rebecchi et al., 2017). Il ciclo

interpersonale cessa quando uno dei due partner non ha più tale tendenza all'azione, e ciò avviene quando almeno uno dei due inizia un processo di autentica apertura e condivisione delle sue emozioni più dolorose rinunciando a proteggersi (Rebecchi e Vinai, 2017). L'esito desiderato è l'accrescimento delle capacità metacognitive di differenziazione e di lettura della mente del partner (Dimaggio e Semerari, 2003; Dimaggio et al., 2013). Ciò apre ad una reale comprensione e consapevolezza di sé e della dinamica della relazione: ciascun partner inizia a riconoscere le proprie ed altrui attribuzioni di significato che generano previsioni negative e quindi sofferenza (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017).

1.5 Emozioni

Le coppie generalmente intraprendono un trattamento a seguito di un intenso sconvolgimento emotivo o di una crisi (Dattilo, 2010). Le emozioni spiacevoli più frequenti nelle conflittualità di coppia sono la tristezza, l'ansia e la rabbia, spesso poco differenziate e con intensità diverse (Rebecchi e Vinai, 2017). Le emozioni negative vengono sperimentate quando una relazione soddisfacente è percepita come minacciata o quando una relazione non gratificante è vissuta come fonte di impedimento della soddisfazione dei propri bisogni. Il disprezzo, secondo Gottam (1999), e il conseguente atteggiamento di critica sono due forme di comunicazione predittive della rottura della relazione e della separazione, poiché la loro forza distruttrice riguarda l'attacco diretto al valore di sé: la quantità di disprezzo espressa nell'interazione fra partner sembra essere il miglior sintomo premonitore di divorzio (Gottam, 1999). Una volta identificate le emozioni negative in una relazione, è importante determinarne le radici e la diffusione. Le strategie difensive rispetto alle emozioni spiacevoli che vengono generalmente usate, come la fuga, l'evitamento o la rabbia, proteggono dall'aggressione ma hanno un effetto nocivo sulla relazione (Rebecchi e Vinai, 2017).

Il lavoro sulle emozioni si basa sul mettere a contatto la persona con le proprie emozioni, per riconoscerle, collegarle alle esperienze interne ed esterne e gestirle nella relazione di coppia (Rebecchi e Vinai, 2017). Per fare ciò possono essere impiegate diverse tecniche tipiche della CBT, come l'identificazione delle emozioni, la normalizzazione, la validazione, la ristrutturazione cognitiva, il problem solving e tecniche di riduzione dello stress (Dattilo, 2010; Weeks e Treat, 1992).

Nel corso di una terapia di coppia, pertanto, è importante facilitare l'espressione delle emozioni, aiutando le persone a entrare in contatto con i propri sentimenti e a manifestarli in modo appropriato (Napier, 1990). L'intensità di una seduta terapeutica si può perdere se la coppia e/o il terapeuta non permettono ai problemi e alle vere cause di disagio di emergere. Troppa intensità durante una

seduta, al contrario, può essere distruttiva e controproducente (Weeks e Treat, 1992). Il terapeuta deve essere in grado di far cessare le interazioni negative. La regola generale che viene proposta dagli autori suggerisce che quanto più una coppia è distruttiva, tanto più il terapeuta dovrà essere centrale nel processo (Weeks e Treat, 1992). Il terapeuta, ad esempio, può prevenire l'espressione dell'aggressività e di giudizi attraverso interventi diretti e rapidi durante un'escalation di rabbia e di ostilità tra i membri di una coppia (Dattilo, 2010).

Un aspetto centrale dell'approccio cognitivo comportamentale consiste nell'osservare il modo in cui i singoli partner si comportano in risposta agli scambi emotivi negativi (Dattilo, 2010): il conflitto è un elemento inevitabile in qualunque relazione e praticamente tutte le coppie che arrivano in terapia si trovano in uno stato conflittuale. Il terapeuta può avviare il cambiamento di questa dinamica suggerendo che il conflitto può rappresentare una forza costruttiva nel rapporto di coppia (Rebecchi e Vinai, 2017). Il conflitto e la rabbia sono strettamente collegati e il clinico, prima di iniziare il lavoro comportamentale, dovrebbe dedicare del tempo all'esplorazione degli atteggiamenti, credenze, pensieri ed emozioni collegati (Weeks e Treat, 1992). Uno dei compiti della terapia consiste nell'aiutare i partner a comprendere il significato e la funzione della rabbia e del conflitto nella loro relazione (Dattilo, 2010).

2. Aspetti pratici della TCC per le coppie

2.1 Assessment e setting

Gli ambiti di valutazione comprendono i due individui, la loro relazione e l'interazione con l'ambiente (Rebecchi et al., 2017). L'assessment generalmente consiste in due o tre incontri congiunti, seguiti da alcune sedute individuali e da un incontro congiunto di restituzione (Dattilo, 2010). Il terapeuta presta attenzione a come avviene la richiesta di intraprendere la terapia e le modalità di contatto, a chi parla per primo in seduta, a come viene esposto il problema e al livello di motivazione di entrambi i partner (Rebecchi e Vinai, 2017; Dattilo, 2010). In fase di assessment, il terapeuta raccoglie le informazioni anamnestiche di base, indaga la storia personale e della relazione, la presenza di relazioni precedenti, di figli, il legame con la famiglia di origine, le aree di funzionamento di coppia coinvolte nel problema presentato e le risorse personali, familiari e sociali (Weeks e Treat, 1992; Dattilo, 2010). Nelle sedute congiunte, il terapeuta indaga le credenze sulla relazione e sul partner, individuando alcune situazioni conflittuali recenti, impostando la seduta con il metodo ABC (Ellis, 1962). Il clinico integra le informazioni ottenute nei primi colloqui e stabilisce la strategia di intervento clinico, la gerarchia degli interventi, le tecniche e il timing più

appropriato, valutando la relazione di coppia e gli eventuali ostacoli alla terapia e all'alleanza terapeutica (Rebecchi e Vinai, 2017).

Le modalità principali di assessment clinico sono i colloqui individuali e congiunti, i questionari self report e l'osservazione comportamentale delle interazioni di coppia (Epstein e Baucom, 2002; Snyder et al., 1995; Dattilo e Padesky, 1990).

I colloqui individuali con ciascun membro della coppia sono spesso condotti, dopo la seduta iniziale congiunta, per raccogliere informazioni sul funzionamento passato ed attuale dell'individuo. Il terapeuta fornisce al paziente specifiche indicazioni sulla riservatezza riguardo a ciò che emerge nei colloqui individuali (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017). I colloqui congiunti rappresentano un'importante fonte di informazioni sul funzionamento passato e presente della coppia e permettono al terapeuta di osservare direttamente le interazioni (Weeks e Treat, 1992). Il terapeuta chiede a ciascun partner quali siano le ragioni alla base della propria richiesta di aiuto, si informa sulla storia familiare e su qualunque evento che possa aver avuto un impatto sulla coppia nel corso degli anni. Inoltre esplora sistematicamente gli stressor a cui la coppia è stata sottoposta, il contesto in cui è inserita e le risorse di cui dispone (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017).

2.2 Test, questionari e genogramma

Sono numerosi i test e i questionari a disposizione del terapeuta cognitivo comportamentale che si occupi di coppie; tali strumenti possono essere suddivisi per aree di indagine. Per valutare la soddisfazione di coppia sono disponibili:

- “Marital Satisfaction Inventory – Revised” MSI-R (Snyder e Aikman, 1999),
- “Dyadic Adjustment Scale” DAS (Spanier, 1976),
- “The Experiences in Close Relationships” ECR (Brennan et al., 1998).

Per valutare le credenze e i pensieri automatici:

- “Naive Ideas Survey” NIS (Scarinci e Romano, 2008),
- “Relationship Belief Inventory” RBI (Eidelson e Epstein, 1982),
- “Inventory of Specific Relationship Standards” ISRS (Baucom et al., 1996),

Esistono alcuni questionari self report che forniscono informazioni sugli specifici tipi di comportamento che i partner riscontrano nella loro relazione:

- “Communication Patterns Questionnaire” CPQ (Christensen, 1988),
- “Conflict Tactics Scale – revised” CTS 2 (Straus et al., 1996),
- “Frequency and Acceptability of Partner Behaviour Inventory” (Christensen e Jacobson, 1997),

- “Multidimensional Measure of Emotional Abuse” MMEA (Murphy e Hoover, 1999),
- “Index of Sexual Satisfaction” ISS (Hudson et al., 2000).

Inoltre è di estrema importanza, nella fase iniziale del trattamento, che il terapeuta determini se uno o entrambi i membri della coppia siano affetti o meno da una psicopatologia importante (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017). A causa dei limiti dei questionari self report, è estremamente importante, per il terapeuta, osservare in prima persona le interazioni che avvengono tra i componenti di una coppia. Le osservazioni dirette e particolareggiate del loro comportamento sono decisive ai fini della comprensione delle dinamiche relazionali. L’obiettivo di un’osservazione comportamentale sistematica è quello di identificare le azioni costruttive e collaborative e quelle distruttive ed oppositive che avvengono all’interno di una coppia (Dattilo, 2010).

Il genogramma del sistema familiare (Bowen, 1979) è sempre stato utilizzato dai terapeuti di coppia e di famiglia per raccogliere informazioni sulla storia di una persona e sulla sua famiglia di origine. È uno strumento che permette di individuare i modelli relazionali all’interno di una famiglia e può essere usato come strumento valutativo e di intervento durante tutto l’arco del percorso terapeutico (Rebecchi e Vinai, 2017). È stato ideato da Bowen nel 1979 nell’ambito della terapia sistemico-familiare e riproduce un albero genealogico dove viene rappresentata graficamente la struttura della famiglia e le informazioni relative ad essa. Oltre alla descrizione dei legami parentali, si aggiungono elementi relazionali, emotivi e affettivi (Bowen, 1979).

La prospettiva intergenerazionale (Bowen, 1979) permette di comprendere la connessione con la propria storia personale e con la relazione di coppia attuale. A livello verticale o intergenerazionale, il genogramma evidenzia le relazioni di attaccamento/accudimento, le tematiche familiari e le regole di famiglia. Invece a livello orizzontale, quindi intragenerazionale, possono emergere dinamiche agonistiche o cooperative (Chiappelli e Boldrini, 2017). In terapia di coppia è particolarmente utile unire i genogrammi dei due partner collegando le due famiglie di origine e ampliando, così, la prospettiva di osservazione (Rebecchi e Vinai, 2017).

2.3 Relazione terapeutica

Nella terapia di coppia, la relazione terapeutica risulta più complessa rispetto ad una terapia individuale (Rebecchi e Vinai, 2017), poiché la presenza di tre persone attiva inevitabilmente delle triangolazioni che il terapeuta dovrà riconoscere e padroneggiare. La relazione terapeutica si basa su un ascolto attivo, in un clima collaborativo e validante, ma nelle prime sedute il terapeuta ha, generalmente, un ruolo più dinamico e direttivo nella conduzione dei colloqui per gestire la tensione e prevenire lo scoppio di conflitti accesi (Nigro et al., 2017). È importante che il terapeuta

garantisca ad entrambi i membri della coppia la giusta alternanza nel dialogo e lo stesso spazio per parlare (Dattilo, 2010). Spesso può essere utile, fin dalle prime fasi della terapia, un intervento del terapeuta che espliciti la sua posizione neutrale e il suo obiettivo di parificazione, mostrando alla coppia la co-responsabilità di entrambi nella costruzione e nel mantenimento della crisi in atto (Nigro et al. 2017). Il terapeuta fornisce alla coppia una lettura circolare delle interazioni negative, escludendo l'identificazione di una vittima e di un colpevole (Dattilo, 2010).

I problemi relativi all'equità e all'obiettività del terapeuta appaiono fondamentali, specialmente quando un partner ritiene che il terapeuta sia alleato con uno dei due e non con entrambi (Dattilo, 2010). Fondamentale per tale fine è anche la sistemazione della stanza e le posizioni nello spazio della coppia e del terapeuta; i segnali non verbali, come sguardi e vicinanza fisica, possono essere molto indicativi e vanno osservati da parte del terapeuta (Minuchin e Fishman, 1981). È consigliabile posizionare le sedie o le poltrone un modo che ognuno possa guardare negli occhi gli altri due interlocutori, come i lati di un triangolo (Weeks e Treat, 1992).

In terapia di coppia si ha una buona alleanza terapeutica quando il clinico è alleato con la coppia nella sua unità e, contemporaneamente, riesce a costruire un contatto individuale con entrambi i partner (Rebecchi e Vinai, 2017). Normalmente le sedute hanno cadenza quindicinale o anche mensile, con sedute che possono raggiungere le due ore, per garantire alla coppia il tempo sufficiente per assimilare quanto emerso durante il colloquio e per iniziare ad attuare dei cambiamenti (Rebecchi e Vinai, 2017).

2. 4 Tecniche cognitive

In terapia di coppia il modello ABC (Ellis, 1962) permette di portare i partner a comprendere i reciproci meccanismi cognitivi ed emotivi nella valutazione degli eventi (Dattilo, 2010). Attraverso l'ABC, il terapeuta di coppia può identificare i circoli viziosi comunicativi e relazionali in cui i comportamenti dell'uno, valutati negativamente dall'altro membro della coppia, si rinforzano reciprocamente, in una spirale di attribuzione reciproca di responsabilità. Per mezzo di strumenti di automonitoraggio, il terapeuta può dimostrare ai membri di una coppia come i loro pensieri automatici influenzino le loro risposte emotive e comportamentali (Rebecchi e Vinai 2017). Il terapeuta, in seguito, chiede a ciascuno di prendere in considerazione pensieri alternativi che possano produrre risposte emotive e comportamentali differenti (Dattilo, 2010). Una volta identificate con la coppia le distorsioni cognitive, si prosegue con la messa in discussione di tali credenze, attraverso tecniche come la psicoeducazione, il dialogo socratico, il laddering e la

visualizzazione dello scenario temuto, secondo un principio di empirismo collaborativo (Beck, 1995; Walen et al., 1992; Kelly, 1955; Leahy, 1996).

2.5 Tecniche comportamentali

Una delle più comuni modalità di intervento consiste nel migliorare la capacità dei partner di esprimere pensieri ed emozioni e di ascoltarsi reciprocamente (Dattilo, 2010; Rebecchi et al., 2017). La capacità di comunicazione è uno degli elementi più importanti per il buon andamento di una relazione e la qualità della comunicazione tra i partner può predire il divorzio o, viceversa, la soddisfazione coniugale (McKay et al., 2006; Gottam, 1994). I training di comunicazione prevedono che il terapeuta aiuti i membri di una coppia a passare da una comunicazione lineare ad una circolare e da una comunicazione orientata al contenuto ad una orientata al processo (Dattilo, 2010). La capacità di ascolto e l'abilità di manifestare comprensione ed empatia sono essenziali, specialmente perché favoriscono la validazione emozionale. Insegnare ai pazienti ad ascoltare ed esprimere empatia a volte richiede un addestramento e dimostrazioni pratiche (Dattilo, 2010). La validazione è estremamente importante nelle relazioni, in quanto può far sì che i membri di una coppia, anziché sentirsi isolati o distaccati, avvertano un senso di sicurezza reciproco (Dattilo, 2010; Rebecchi et al., 2017). Inoltre rappresenta un'ottima modalità di risposta ad un partner emotivamente turbato ed è un ottimo strumento di mediazione. Pertanto è importante che il lavoro con le coppie includa esercizi di validazione e che il terapeuta addestri i partner ad essere consapevoli del bisogno di essere validati e a saper usare questa tecnica nel momento opportuno (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017).

Gli accordi comportamentali sono una parte integrante della CBT (Dattilo, 2010). L'obiettivo di tali accordi è che ciascuno identifichi ed attui uno specifico comportamento che comporti un miglioramento personale, indipendentemente dalle azioni del partner. Il terapeuta, pertanto, deve incoraggiare entrambi i partner a farsi avanti, senza aspettare che sia l'altro a comportarsi in modo positivo per primo (Weeks e Treat, 1992). Queste strategie sono spesso utili nelle fasi iniziali della terapia di coppia, quando i partner sono bloccati nelle loro posizioni (Dattilo, 2010).

Il training di assertività viene spesso usato in terapia di coppia quale forma di addestramento alle competenze sociali (Dattilo, 2010). Il terapeuta può utilizzare il role playing durante le sedute, invitare i pazienti a seguire programmi di addestramento assertivo e assegnare loro homework con tale fine. Quando si propongono training assertivi, è necessario considerare i diversi background culturali dei partner, specialmente nel caso in cui abbiano diverse origini (Dattilo, 2010).

Watzlawick e colleghi (1967) hanno consigliato l'uso delle tecniche e degli interventi paradossali nella terapia di coppia come "prescrizioni del sintomo". L'intenzione paradossale pone la coppia in una situazione di doppio legame in cui non vi è una scelta reale; il fine è quello di estinguere il sintomo o il comportamento problematico.

Talvolta appare necessario insegnare ai membri di una coppia a ridurre la tensione in situazioni potenzialmente imprevedibili (Weeks e Treat, 1992). A tal fine si possono utilizzare tecniche di respirazione profonda, esercizi di ristrutturazione per immunizzarsi da futuri eccessi d'ira e le procedure di time out (Dattilo, 2010).

Jacobson e Margolin (1979) sottolineano l'importanza dell'inversione di ruolo, ovvero una tecnica di *role_playing* spesso utilizzata per spingere i partner a vedere la prospettiva dell'altro. Assieme al terapeuta, i pazienti possono così riuscire a cogliere le errate interpretazioni dei reciproci comportamenti (Epstein e Baucom, 2002).

2.6 Homework

Gli homework costituiscono un aspetto fondamentale dell'approccio cognitivo comportamentale e sono considerati come uno degli agenti più potenti di cambiamento anche in terapia di coppia (Kazantzis et al., 2000; Kazantzis et al., 2013; Lo Iacono, 2004).

La biblioterapia è importante perché aiuta a ribadire gli argomenti trattati durante le sedute e mantiene i pazienti attivi tra una seduta e l'altra (Dattilo, 2010). Audioregistrare e videoregistrare le conversazioni e i comportamenti non verbali che avvengono al di fuori delle sedute offre al terapeuta e ai partner un resoconto delle interazioni che si verificano nell'ambiente naturale. Questo homework fornisce l'opportunità di esaminare tali interazioni da una prospettiva nuova e di analizzarne i contenuti in seduta (Dattilo, 2010).

L'utilizzo della programmazione delle attività è estremamente importante per le coppie; l'obiettivo, in questo caso, è quello di verificare se sussistano eventuali disfunzioni, nonché di apprendere nuovi comportamenti (Lo Iacono, 2004). I diari e gli esercizi di automonitoraggio forniscono al terapeuta informazioni precise sulle aree nelle quali i membri di una coppia incontrano difficoltà e permettono ai partner di registrare in modo preciso, eventi, pensieri, emozioni e comportamenti (Lo Iacono, 2004; Dattilo, 2010).

I compiti comportamentali, come l'adozione di comportamenti piacevoli, le esercitazioni comportamentali, gli esercizi di assertività o gli scambi di ruolo, sono più efficaci quando i membri di una coppia sono coinvolti nella loro ideazione e programmazione (Dattilo; 2010).

2.7 Prevenzione delle ricadute e conclusione della terapia

L'ultima fase della terapia è dedicata alla prevenzione delle ricadute e si realizza in alcune sedute rivolte al consolidamento del cambiamento alla luce della nuova consapevolezza dei punti di forza e di debolezza della relazione (Rebecchi et al., 2017). Il terapeuta, ripercorrendo insieme ai partner la terapia effettuata, allena la coppia a riconoscere il proprio funzionamento e ad identificare i trigger che portano all'attivazione dei cicli relazionali legati a temi dolorosi e a programmare possibili strategie per risolverli (Rebecchi et al., 2017). Il programma per gestire le ricadute va scritto e rivisto caso per caso, in modo da considerare i pattern disfunzionali caratteristici di ogni specifica relazione (Weeks e Treat, 1992). Gli interventi da utilizzare per prevenire le ricadute vengono discussi in anticipo e simulati, in questo modo la coppia sarà preparata ad affrontare in modo efficace un eventuale peggioramento della situazione (Dattilo, 2010).

La coppia, in seguito alla terapia, può giungere anche alla decisione di interrompere la relazione e di separarsi; in questo caso il terapeuta deve accompagnare i partner in un processo di elaborazione della perdita rispetto ad una relazione che non ha realizzato le attese sperate (Rebecchi e Vinai, 2017; Dattilo, 2010).

2.8 Blocchi, ostacoli, resistenze

Uno degli ostacoli più frequenti in terapia di coppia è quello relativo alle questioni culturali; molte tradizioni possono essere profondamente radicate nella coppia e possono essere percepite da chi non le conosce come una deliberata resistenza al cambiamento (Weeks e Treat, 1992; Dattilo, 2010). La psicopatologia individuale è uno dei principali ostacoli che si incontrano nella terapia di coppia (Weeks e Treat, 1992; Dattilo, 2010). I disturbi di asse II e l'abuso di alcool o droghe possono causare difficoltà nel corso del trattamento, soprattutto a causa della resistenza ad affrontare una terapia individuale. Spesso, nei soggetti che richiedono un trattamento, il ricordo di eventi relazionali negativi annulla il potere dei comportamenti positivi che vengono messi in atto nel presente, fenomeno definito da Weiss (1980) "*sentiment override*". Tali ricordi devono, quindi, essere affrontati in terapia e i partner devono utilizzare tecniche apposite per neutralizzare l'effetto sul presente (Dattilo, 2010). È importante, inoltre, che il terapeuta prenda in considerazione la possibilità che i partner abbiano iniziato la terapia per motivi differenti. Pertanto è necessario analizzare quello che ciascuno spera di ottenere dal trattamento; le divergenze sulle priorità della terapia possono essere indicative delle difficoltà che la coppia sperimenta nell'intera relazione (Rebecchi e Vinai, 2017). Nel caso in cui un partner voglia continuare la relazione mentre l'altro la voglia interrompere, il terapeuta dovrebbe aiutare la coppia a ridefinire gli scopi terapeutici. È

fondamentale, poi, che i partner abbiano l'obiettivo comune di trovare un modo per relazionarsi in modo costruttivo (Dattilo, 2010).

2.9 Indicazioni e limiti della CBT

Come qualsiasi altra modalità di trattamento, il modello CBT presenta controindicazioni e limiti (Dattilo, 2010). Innanzitutto perché la terapia sia efficace, è fondamentale che il terapeuta abbia una buona formazione e che sia capace di applicare i principi fondamentali della CBT per coppie (Dattilo, 2010); inoltre è importante che gli interventi, affinché si rivelino efficaci, vengano utilizzati in un background sistemico, in quanto i membri di una coppia si influenzano simultaneamente e vengono influenzati da pensieri, emozioni e comportamenti reciproci (Dattilo, 2001; Leslie, 1998). L'approccio cognitivo comportamentale, a volte, presenta dei limiti nel trattamento di pazienti con culture diverse: alcuni di essi, infatti, possono essere restii a mettere in discussione i propri valori fondamentali. In generale, più il terapeuta CBT sarà flessibile, più sarà probabile che la terapia possa essere efficace (Dattilo, 2010).

La terapia di coppia cognitivo-comportamentale è indicata quando:

- entrambi i partner hanno la consapevolezza di avere un problema di natura relazionale,
- la richiesta e la motivazione nascono da entrambi,
- condividono gli scopi da raggiungere come coppia (Rebecchi e Vinai, 2017).

La terapia è controindicata, invece, quando:

- uno o entrambi i membri della coppia hanno una psicopatologia preponderante,
- c'è un'elevata conflittualità con una richiesta strumentale di intraprendere il percorso,
- emerge la presenza di violenza, indipendentemente dalla sua natura,
- c'è un'infedeltà coniugale non dichiarata (Rebecchi et al., 2017).

3. Acceptance and Commitment Therapy per Coppie – ACT-C

I principi fondamentali dell'ACT possono essere facilmente applicati ai problemi relazionali e di coppia con grande efficacia (Harris, 2009). Harris (2009) sottolinea come tipicamente le coppie giungano in terapia chiedendo che il compagno cambi, mentre l'ACT suggerisce che ogni partner si focalizzi su di sé, per potenziare il proprio empowerment e il senso di realizzazione personale. L'accettazione, in quest'ottica, è intesa come l'interruzione della richiesta di cambiamento dell'altro e l'accoglimento delle differenze come uno strumento di sviluppo della vicinanza emotiva (Hayes, 2004). Il terapeuta ACT pone alla coppia diversi obiettivi (Hayes, 2004): smettere di agire in modi che peggiorano la situazione, individuare i valori personali di ogni partner e agire secondo di essi,

gestire efficacemente i sentimenti dolorosi e i pensieri stressanti e fonte di preoccupazioni. Secondo l'ACT, una coppia può imparare a usare metodi e strategie alternativi per affrontare i conflitti e le situazioni problematiche, potenziando l'accettazione e la consapevolezza attraverso la defusione e la pratica di mindfulness (Christensen, 2015).

In una prospettiva ACT, può essere più utile pensare all'amore non come ad un sentimento, ma come ad un'azione: il fatto che si possa agire con amore (la componente dell'impegno, ovvero il *commitment* al centro della prospettiva ACT) anche quando non lo si prova conferisce un senso di empowerment, perché si possono intraprendere azioni di amore sempre e ovunque per tutta la vita e tale principio si può applicare a tutti i sentimenti umani (Harris, 2008; 2009).

L'ACT propone di contrastare l'evitamento delle emozioni e delle situazioni spiacevoli con l'accettazione dell'esperienza, l'accoglimento non giudicante di ciò che i partner vivono interiormente, senza tentativi di controllo né di spiegazione (Dattilo, 2010). Nel lavoro con le coppie, l'accettazione è vista come processo psicologico rivolto agli eventi interni all'individuo, ma anche agli eventi relazionali che avvengono tra i partner, i membri della famiglia o altre persone coinvolte (Dattilo, 2010). L'accettazione consiste anche nel rapportarsi positivamente al disagio presente nella propria relazione; accettare il disagio significa vivere in linea con i propri valori e raggiungere con più probabilità i propri scopi (Hayes et al., 1999). L'accettazione richiede, pertanto, consapevolezza dei valori.

È molto raro che le coppie abbiano valori contraddittori, più comunemente entrambi i partner hanno gli stessi valori ma regole diverse su come agire in base ad essi. Rendere consapevoli i partner di condividere gli stessi valori crea un terreno comune, un punto di incontro e di unione (Harris, 2008). Il terapeuta può chiedere, perciò, ad ogni partner di riflettere attentamente su quali siano i propri valori personali e di coppia, su che tipo di partner desidera essere e su come desidera comportarsi nella relazione (Harris, 2009).

Sebbene non esistano valori giusti o sbagliati, ce ne sono alcuni, però, che sembrano essenziali per una relazione piena e significativa, ovvero i tre valori di base che sono il fondamento di qualunque relazione d'amore: connessione, prendersi cura e collaborazione. Questi tre valori sono i pilastri dell'amore, pertanto una carenza significativa del dare valore in queste aree può mettere a rischio la relazione (Harris, 2008).

Il terapeuta ACT porta, inoltre, ogni partner a riflettere sul divario tra l'immagine del partner perfetto che ognuno sogna di poter essere, e la realtà delle cose. Generalmente a tale divario seguono delle giustificazioni che spesso fanno ricadere la colpa o la responsabilità all'altro partner (Epstein e Baucom, 2002). Tali giustificazioni vengono, però, viste in ottica ACT come una sorta di

“*smog psicologico*” che ostacola il dare valore (Hayes, 2004). È fondamentale, pertanto, che il terapeuta ACT porti i membri di una coppia ad accettare che il partner sia diverso rispetto a sé, e che può avere atteggiamenti e abitudini diversi dai propri. Il terapeuta ACT introduce anche esercizi e tecniche di mindfulness, in particolar modo gli esercizi basati sulla respirazione (Hayes, 2003; Hayes et al., 2005).

Quando i partner provano sentimenti dolorosi, di solito entrano in una delle due modalità tipiche di risposta (Harris, 2008; 2009):

- Modalità “*evitamento*”: un partner cerca di fare qualsiasi cosa per evitare o sbarazzarsi dei sentimenti indesiderati, come ad esempio distrarsi, scegliere di non partecipare, usare particolari strategie di pensiero o abusare di sostanze o cibo.

- Modalità “*pilota automatico*”: quando emergono sentimenti forti viene permesso loro di sopraffare la persona; in questo modo si diventa il “*partner reattivo*”, che agisce senza riflettere o impulsivamente, con poca consapevolezza di quello che sta accadendo (Harris, 2009).

Le modalità alternative, più funzionali e salutari, sono due (Harris, 2004):

- Nella modalità dell'accettazione, i partner imparano come aprirsi e fare spazio alle emozioni, in modo tale che queste possano andare e venire, senza che siano di ostacolo.

- La modalità della consapevolezza è auto-esplicativa: i partner sono pienamente coscienti dei propri sentimenti e delle proprie azioni, ovvero possono essere “*impegnati attivamente*” (Harris, 2004), entrando in contatto pieno e consapevole con quello che sta accadendo loro nel momento presente.

Nel tempo, con la pratica ripetuta, la coppia sarà in grado di applicare questi principi anche durante una discussione (Harris, 2006).

Il terapeuta ACT può insegnare alla coppia come affrontare un litigio leale, innanzitutto evidenziando come, per poter risolvere un problema in modo che migliori la relazione, bisogna aprirsi, deporre le armi e mostrarsi e sentirsi vulnerabili (Hayes et al., 2005). I partner dovrebbero, così, focalizzarsi su ciò che è sotto il loro controllo in una discussione, ovvero quello che dicono, quando lo dicono e come lo dicono. Per prima cosa il terapeuta li invita a riflettere su ciò che vogliono ottenere e poi suggerisce loro di rivolgersi al coniuge come ad un amico, chiedendo con calore ed educazione ciò che vogliono ed esprimendo gratitudine quando ricevono quanto desiderato, invece che darlo per scontato (Harris, 2006). Ogni coppia, pertanto, deve trovare un equilibrio di strategie e modalità comunicative che funzioni per loro, basato sui rispettivi valori (Harris, 2009). Secondo Gottam (Gottam e Silver, 1999), uno dei fattori chiave per rendere una

relazione prosperosa è l'abilità di mandare e ricevere spesso i cosiddetti "tentativi di riparazione", ovvero ogni parola, gesto o azione destinato a riparare la relazione.

L'apprezzamento è al centro della mindfulness: quando si agisce in base al pilota automatico non si nota ciò che si ha, mentre quando si porta la consapevolezza al momento presente con un atteggiamento di apertura e curiosità, si riesce a notare e ad apprezzare quanto si ha intorno (Hayes e Wilson, 1994). Se si usa la mindfulness per coltivare l'apprezzamento per il partner, ne beneficeranno entrambi i coniugi (Hayes, 2003). Più si notano i numerosi modi in cui il partner contribuisce alla propria vita, più ci si sentirà soddisfatti nella relazione. E più il partner si sente apprezzato, più è probabile che si relazionerà con calore e gentilezza (Hayes, 2002). Il modo più efficace per modificare un comportamento è dare cinque volte più ricompense, o apprezzamenti ed elogi, rispetto alle punizioni, o alle critiche (Harris, 2008).

L'antidoto al risentimento, causato dal rivivere emozioni dolorose del passato, in prospettiva ACT, è il perdono, inteso come "*restituire ciò che c'era prima*" (*forgiveness: give before*). In caso di inganni o tradimenti, il terapeuta può lavorare per portare la coppia a decidere se è disposta ad accettare i sentimenti dolorosi per permettere che la relazione sopravviva e prosperi (Harris, 2006). Si deve, quindi, procedere alla costruzione della fiducia consapevole, che implica guardare il partner con occhi aperti, valutare ciò che dice e fa e dare fiducia solo se è stata guadagnata. Si dovrà trovare un equilibrio salutare tra azioni di autoprotezione e azioni di fiducia (Harris, 2009).

4. Terapia Comportamentale Integrata di Coppia - TCIC

La Terapia Comportamentale Integrata di Coppia (TCIC) (Jacobson e Christensen, 1998) nasce dall'unione della Terapia Comportamentale Standard di Coppia (TCSC) (Baucom e Epstein, 1990) e degli approcci di terza generazione, per aiutare le coppie bloccate in situazioni cronicizzate.

A differenza della TCC standard, la TCIC introduce delle novità, come il focus sui pattern di comportamento disfunzionali, prestando attenzione ai pensieri, alle emozioni e ai comportamenti di ogni partner; l'importanza dell'accettazione reciproca delle differenze individuali; la centralità del raggiungimento di una nuova prospettiva sulle differenze inconciliabili tra i partner (Christensen, 2015). Tale terapia integra le strategie per l'accettazione con quelle per il cambiamento (Rebecchi e Vinai, 2017).

Secondo la TCIC, l'origine di problemi di coppia risiede nelle differenze inaccettabili tra partner e nelle relative vulnerabilità (Lebow, 2005): la sofferenza dei partner è causata dal modo distruttivo che hanno di affrontare le inevitabili incompatibilità. Se i tentativi di cambiare il partner falliscono,

la coppia tende ad aumentare il ricorso a comportamenti e strategie negative (Rebecchi e Vinai, 2017).

La TCIC si sposta da un atteggiamento basato sui tentativi di spingere l'altro a cambiare, verso un'ottica di cambiamento per entrambi i partner, basato sull'accettazione globale dell'altro (Christensen et al., 1995). Con l'accettazione aumenta la tolleranza reciproca, la serenità, il rilassamento e cala la tensione (Rebecchi e Vinai, 2017). La comprensione e la compassione per il partner possono portare all'accettazione dei suoi sentimenti e comportamenti, bloccando così il circolo vizioso delle accuse, dell'evitamento e dei conflitti (Hayes, 2002). Un altro aiuto importante deriva dalla defusione, ovvero la capacità di distanziarsi dai propri pensieri, dalle emozioni e dalle situazioni, per diventarne consapevoli (Hayes, 2002).

L'enfasi sulla responsabilità personale al cambiamento è un altro passo fondamentale della TCIC, che sottolinea come il miglioramento delle situazioni di vita dipenda da ogni persona, e quindi da entrambi i partner, grazie all'impegno e alla fatica (Christensen et al., 2014).

Differenze individuali e vulnerabilità. Le differenze tra i partner possono essere motivo di attrazione e motivo di scontro e conflitto: i membri di una coppia, in quanto essere umani unici, sono necessariamente diversi sotto molti aspetti e le varie qualità dei partner spesso hanno dei lati positivi, che attraggono e che vengono apprezzate, e dei lati negativi, che creano insofferenza o fastidio (Jacobson e Christensen, 1996). La gestione dell'intensità emotiva in momenti di stress evidenzia le differenze individuali nelle risposte di coping e mette in luce le vulnerabilità emotive dei partner. Uno stressor interno alla relazione ha, di conseguenza, ancora più potere di creare difficoltà e occasione di scontro (Sevier et al., 2008).

Conflitti e Analisi DEEP. Il contenuto del conflitto, ovvero il problema iniziale, è diverso dal processo del conflitto, ovvero da come le coppie affrontano il problema primario (Christensen, 2015). Il problema iniziale, le differenze individuali, le vulnerabilità emotive e le risposte emotive e comportamentali dei partner sono il contenuto dell'interazione conflittuale. Il processo del conflitto, invece, è la modalità relazionale con cui la coppia tenta di risolvere i dissidi. Una delle maggiori cause dei problemi relazionali è il tentativo reiterato di risolvere i conflitti utilizzando sempre le stesse modalità e strategie. Ciò è complicato dal fatto che in una relazione le discussioni attuali sono influenzate da quelle passate e può diventare difficile individuare l'inizio e la fine di una controversia quando è ripetitiva e parte di un circolo vizioso comunicativo (Jacobson e Christensen, 1998).

Un altro aspetto da tener presente è che molto spesso le emozioni che vengono espresse nelle situazioni di crisi sono quelle più superficiali, che vengono reputate più accettabili per non far

accedere l'altro alla propria intimità, ma tali emozioni possono fuorviare dal reale motivo che ha indotto il litigio. Riconoscere e condividere le proprie emozioni nascoste è sicuramente un primo passo per comprendere la reale natura del conflitto (Christensen et al., 2014).

Christensen, Doss e Jacobson (2014) propongono una tecnica per osservare e analizzare il conflitto in modo accurato: l'analisi DEEP. L'acronimo indica le varie componenti che devono essere valutate dal clinico insieme alla coppia:

- Differenze individuali, ovvero le differenze esistenti tra i partner determinate dal passato di ciascuno;
- vulnerabilità Emotive, ovvero le aree di fragilità individuali;
- circostanze Esterne, ovvero i fattori esterni stressanti;
- Pattern comunicativi disfunzionali, ovvero i circoli comunicativi viziosi che si instaurano durante i conflitti.

Tale analisi permette di avere un quadro accurato dei singoli partner, della loro storia relazionale e dei conflitti. Una volta effettuata questa analisi, il terapeuta può procedere con il lavoro clinico per portare la coppia verso l'accettazione e il cambiamento (Christensen et al., 2014).

Accettazione e cambiamento. La TCIC prevede l'applicazione di tecniche di accettazione e cambiamento (Hayes, 2004). Per accettazione Christensen (2015) intende la capacità di tollerare un comportamento sgradito, comprendendone il significato profondo, collocandolo in un contesto più ampio formato dalle differenze individuali e dalle molteplici peculiarità che caratterizzano i membri di una coppia e cercando di apprezzarne il valore o l'importanza per la relazione (Christensen et al., 2014).

Generalmente il conflitto inizia quando un membro della coppia, definito l'agente, mette in atto dei comportamenti indesiderati o fa qualcosa non gradito all'altro membro, il destinatario. Quando l'agente mette in atto le azioni sgradite con minor frequenza o intensità si ha il cambiamento. L'accettazione, invece, si ottiene quando la reazione del destinatario ai comportamenti sgraditi è meno intensa, c'è maggior tolleranza e visione più positiva dell'altro. I ruoli di agente e destinatario non sono fissi, ma si avvicendano durante un conflitto (Jacobson e Christensen, 1998). Il metodo più adattivo risulta quello della combinazione tra accettazione e cambiamento (Jacobson e Christensen, 1998; Hayes, 2004).

Le tre strategie principali applicate in ambito TCIC per promuovere l'accettazione sono l'adesione empatica del problema (o "empathic joining") (Christensen e Jacobson, 1996), il distacco unificato dal problema (o "unified detachment") e la costruzione della tolleranza ad alcune delle risposte che il problema può scatenare (Jacobson et al., 2000). Per facilitare l'adesione empatica al

problema, il terapeuta cerca di suscitare sensazioni di vulnerabilità e sofferenza per le aree sensibili di ciascun coniuge; il clinico incoraggia i partner a esprimere ed elaborare questi sentimenti, per suscitare nel partner una risposta empatica (Christensen e Jacobson, 1996). L'adesione empatica si basa sull'assunto che emozioni come la rabbia o il disprezzo spesso mascherino emozioni sottostanti come solitudine o paura e ha l'obiettivo di creare un legame emozionale tra i partner che permetta ad ognuno di esprimere la propria sofferenza senza accusare o incolpare l'altro (Rebecchi e Vinai, 2017). Per facilitare il distacco unificato, il terapeuta aiuta la coppia a difendersi dal problema e prendere una posizione descrittiva ed oggettiva invece che giudicante e critica (Jacobson et al., 2000). Il distacco unificato promuove uno spostamento di prospettiva che consente una comunicazione attiva sui problemi, senza che i partner si attribuiscono colpe o spingano l'altro a cambiare (Cordova et al., 1998). Questa tecnica mira ad aiutare i partner a prendere distanza dai conflitti incoraggiando un'analisi oggettiva del problema, enfatizzando l'uso delle discussioni descrittive al posto di quelle cariche emotivamente (Rebecchi e Vinai, 2017).

Le strategie per il cambiamento dei comportamenti negativi comprendono la Behavior Exchange e il Communication and Problem solving Training (Gottam et al., 1976; Jacobson e Margolin, 1979).

Il terapeuta, inoltre, può suggerire ai partner l'uso di esercizi e tecniche di mindfulness come l'abilità STOP, l'abilità START o l'uso del respiro come ancora, che riportino l'attenzione sul qui ed ora e che permettano di raggiungere la consapevolezza di ciò che sta accadendo a livello emotivo tra i partner, per favorire il cambiamento (Hayes, 2003).

5. Emotionally Focused Therapy per coppie – EFT-C

L'approccio denominato EFT-C (Emotionally Focused Therapy for Couples), sviluppato da Greenberg e Johnson (Greenberg e Johnson, 1988; Johnson, 1996, 1998, 2004, 2008), è un modello di psicoterapia della coppia che mette in primo piano l'influenza dei vissuti emotivi nel determinare e mantenere problematiche le relazioni di coppia (Johnson et al., 1999; Johnson e Greenberg, 1987).

Una particolarità di tale approccio è la sua base teorica fondata sulla teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1988), che permette al terapeuta di ridefinire gli schemi disfunzionali e di orientare gli obiettivi alla luce dei bisogni profondi che caratterizzano la natura umana (Johnson, 1998). La EFT assume che, in una relazione affettiva, le emozioni siano alla base della percezione di sé stessi e dell'altro e che i meccanismi sottesi all'esperienza emotiva e al bisogno di attaccamento siano universali (Van Ijzendoorn e Sagi, 1999).

Secondo l'EFT i problemi di coppia nascono dal bisogno di attaccamento dei partner che viene disatteso, che fa sentire entrambi i membri della coppia insicuri e in pericolo; le difficoltà di coppia sono, inoltre, mantenute da ricorrenti emozioni e modalità di interazione, percepite come negative (Johnson, 2008; Johnson e Greenberg, 1987). I cambiamenti avvengono grazie a nuove esperienze emotive nel contesto terapeutico, che permettono ai partner di sperimentarsi reciprocamente al sicuro e protetti nella relazione (Johnson, 2004).

Il fine ultimo della terapia EFT è la ridefinizione della natura della relazione, con il passaggio da un legame insicuro tra i partner ad uno sicuro, grazie allo sviluppo di interazioni lenitive e di esperienze emotive adattive (Rebecchi e Vinai, 2017).

Emozioni. Secondo l'EFT, in una coppia in crisi i partner sono “bloccati” in certe modalità di regolazione, elaborazione e organizzazione delle proprie risposte emotive reciproche, al punto che l'interazione è irrigidita e non può stabilirsi un legame sicuro; pattern interazionali irrigiditi creano e mantengono stati emotivi negativi che producono difficoltà relazionali (Greenberg e Goldman, 2008). L'EFT attribuisce alle emozioni una priorità nel determinare il comportamento di attaccamento, strumento principale di cambiamento nella terapia di coppia (Johnson e Greenberg, 1987). Nella EFT le emozioni sono classificabili in due modi:

- le emozioni primarie sono reazioni dirette e spontanee, provate a seguito di un evento interno o esterno;
- le emozioni secondarie rappresentano risorse precostituite a partire da interpretazioni di precedenti esperienze e fungono spesso come difesa delle emozioni primarie (Fosha, 2000; Greenberg e Paivio, 1997).

Il terapeuta EFT esplora le emozioni secondarie, per individuare le primarie sottostanti e trovare modalità più adattive per affrontare le situazioni che le suscitano (Johnson, 2008). Le coppie che affrontano un percorso EFT sono aiutate dal terapeuta ad identificare le proprie emozioni, farne esperienza, esplorarle, darvi un senso, trasformarle e gestirle con modalità più flessibili. Le emozioni sono il focus del processo terapeutico partendo dall'assunto che non sono di per sé problematiche ma è la difficoltà delle persone di gestire le proprie emozioni a farle diventare tali (Johnson, 2008).

Attaccamento. L'evoluzione delle ricerche di Bowlby ha portato all'applicazione della teoria dell'attaccamento all'amore adulto. La percezione di un legame sicuro tra partner rappresenta la chiave per avere relazioni d'amore soddisfacenti e fonte di forza per le persone coinvolte (Hazan e Shaver, 1987; Simpson et al., 1992; Mikulincer, 1998; Feeney, 2007). La teoria dell'attaccamento insegna che la persona amata rappresenta il rifugio sicuro nella vita (Bowlby, 1988). Quando quella

persona non è emotivamente disponibile o responsiva, il partner si sente solo e indifeso. Per coloro che hanno un attaccamento insicuro, la paura che deriva dai momenti di disaccordo e di litigio può trasformarsi in “panico primario” (Panksepp, 1998). Le reazioni a tale panico primario possono essere l’allontanamento e il ritiro, oppure il divenire esigenti e eccessivamente richiestivi (Greenberg e Goldman, 2008). Ma più i partner in difficoltà usano queste strategie, più si creano circoli viziosi di insicurezza che allontanano maggiormente. Più a lungo i partner si sentono disconnessi e lontani, più le loro interazioni diventano negative (Johnson, 2004). La Johnson afferma che per avere un legame affettivo duraturo i partner devono riuscire a sintonizzarsi sui propri bisogni più intimi e convertirli in segnali che l’altro partner possa capire per rispondervi (Johnson e Sims, 2000).

Sette conversazioni e i “Dialoghi Demone”. Il terapeuta EFT aiuta le coppie a vedere gli schemi di interazione negativi, che Sue Johnson (2008) chiama “*Dialoghi Demone*”; tali schemi negativi si instaurano ogni volta che uno dei due partner cerca di avvicinarsi all’altro ma non riesce a stabilire un sicuro contatto emotivo. Alla base dell’EFT si trovano sette conversazioni che hanno lo scopo di promuovere la responsività emotiva che rappresenta la chiave per una relazione di coppia duratura (Johnson, 2008).

1. Riconoscere i Dialoghi Demone: ogni coppia può rimanere intrappolata in una o più interazioni negative (Johnson, 2008).

- Dialogo Demone 1 – “*Trova il cattivo*”: Lo scopo di questo schema è l’autoprotezione, ma le mosse principali sono di reciproco attacco, di accusa o di colpa. Ciò che dà inizio a questo schema di risposte è il sentirsi feriti o vulnerabili nei confronti del partner e si accompagna alla perdita della sicurezza emotiva (Johnson, 2008).

- Dialogo Demone 2 – “*La Polka di Protesta*”: È un dialogo in cui un partner diventa critico ed aggressivo e l’altro diffidente e distaccato. Uno dei due partner si attiva, anche se in maniera sbagliata, mentre l’altro fa un passo indietro e lo schema si ripete (Johnson, 2008).

- Dialogo Demone 3 – “*Immobilizza e scappa*”: si verifica quando il partner che insegue ed è critico smette di tentare di richiamare l’attenzione del compagno e diventa silenzioso. L’estrema distanza di questo schema è una risposta alla perdita di connessione e alla percezione di essere impotenti e di non essere in grado di ristabilirla. Questo circolo vizioso generalmente fa finire la relazione (Johnson, 2008).

2. Trovare i punti sensibili: un punto sensibile è un’ipersensibilità che si è formata nei momenti in cui, nelle relazioni passate o presenti di una persona, un bisogno di attaccamento è stato ripetutamente trascurato, ignorato o accantonato; esso deriva da ciò che la Johnson (2008) chiama le

2D (in inglese Deprived e Deserted), emotivamente deprivato o abbandonato. A volte i partner non riconoscono neppure di avere dei punti sensibili; sono solo consapevoli della reazione secondaria all'irritazione, come l'insensibilità difensiva, la chiusura in sé stessi o l'arrabbiarsi. La rabbia e la chiusura sono i segni distintivi dei Dialoghi Demone e mascherano le emozioni che risultano essere centrali nella vulnerabilità: tristezza, vergogna e paura (Johnson, 2008).

3. Ripercorrere un momento difficile: per potersi riconnettere durante una discussione, i partner devono essere in grado di ridurre l'intensità del conflitto e creare attivamente una sicurezza emotiva di base; c'è bisogno di lavorare in accordo per far decrescere i dialoghi negativi e per attenuare le insicurezze fondamentali (Johnson e Greenman, 2006). Si deve sempre ricordare ai coniugi che il modo in cui un partner risponde in un momento chiave del conflitto e di distacco emotivo può essere doloroso e minaccioso per l'altro ma che le reazioni negative del partner possono essere tentativi disperati di affrontare le paure dell'attaccamento (Johnson e Greenman, 2006).

4. Stringimi forte: impegnarsi e connettersi: per costruire e mantenere un legame sicuro, i coniugi devono essere in grado di sintonizzarsi con il partner tanto fortemente come durante la fase dell'innamoramento, attraverso la creazione volontaria di momenti di unione e connessione (Greenberg e Goldman, 2008). Il clinico porta la coppia a generare un pattern positivo con cui raggiungere il partner e rispondergli usando il linguaggio dell'attaccamento; la capacità di accogliere le rivelazioni più profonde del compagno è l'inizio di responsività e coinvolgimento reciproci (Johnson e Greenberg, 1992).

5. Perdonare le offese: alcuni eventi che si verificano in una relazione affettiva possono diventare traumi relazionali, ovvero ferite che attivano paure e vulnerabilità e che mettono a repentaglio le supposizioni di prevedibilità e controllo (Greenman e Johnson, 2013). La mancanza di una risposta emotivamente supportiva da parte di una persona amata in un momento di minaccia può influenzare un'intera relazione. La forza di questi eventi risiede nella risposta negativa alla domanda implicita di ogni relazione affettiva riguardo la presenza fisica ed emotiva del partner in un momento di sofferenza (Johnson, 2004). Ciò di cui i partner hanno bisogno è uno speciale tipo di conversazione guaritrice che promuova il perdono e la disponibilità a fidarsi di nuovo; la fiducia rinnovata è l'obiettivo finale. I partner feriti identificano ciò di cui hanno bisogno ora per chiudere il trauma. Essi chiedono che quei bisogni vengano accolti, cioè che i partner rispondano in maniera diversa rispetto a come hanno fatto quando si è verificato l'episodio (Johnson, 2008).

6. Legarsi attraverso il sesso e il contatto fisico: quando i partner sono emotivamente accessibili, responsivi ed uniti, il sesso diventa un gioco intimo, un'avventura sicura (Shaver e

Mikulincer, 2006). I partner soddisfatti vedono il sesso come una tra le molte risorse di piacere e intimità, mentre quelli scoraggiati lo considerano causa principale dei loro problemi. La sicurezza della connessione emotiva definisce la relazione sessuale e affettiva (Johnson, 2008).

7. Mantenere vivo l'amore: i rituali sono una parte importante dell'appartenenza; impegnano, sia emotivamente che fisicamente, in modo da fissare in modo positivo il momento presente. Il terapeuta EFT può aiutare le coppie a riconoscere e valorizzare i rituali di incontro e separazione, i momenti chiave dell'attaccamento: piccoli gesti quotidiani che trasmettono il messaggio "*Tu conti per me*" possono contribuire a mantenere una relazione forte e amorevole (Johnson, 2004). Separare le questioni relative all'attaccamento dai problemi pratici per affrontarli più facilmente insieme è un punto fondamentale, secondo la terapia EFT, per mantenere sano il rapporto (Greenman e Johnson, 2013).

6. Confronto tra i diversi approcci presentati

Secondo Epstein e Baucom (2002), i vari approcci per la terapia di coppia appaiono tutti in grado di aiutare nel disagio relazionale, ma non emergono "prove sulla maggior efficacia di un particolare approccio terapeutico nel trattamento di coppie in difficoltà". A partire dalle differenze di efficacia non significative tra i diversi approcci, Benson, McGinn e Christensen (2012) hanno ipotizzato l'esistenza di cinque principi comuni e trasversali:

1. Attraverso il processo terapeutico, i partner imparano a osservare i propri problemi in modo più oggettivo e distaccati, riconoscendo i propri contributi e le proprie responsabilità nell'alimentare il problema relazionale.

2. I terapeuti mirano al cambiamento dei meccanismi che generano sofferenza nella coppia e alla creazione di condizioni di sicurezza psicologica e fisica fra i partner.

3. I clinici cercano di delineare delle esperienze correttive che permettano di esprimere le emozioni in modo adeguato e funzionale.

4. I terapeuti lavorano per costruire e consolidare modalità comunicative efficaci, attive e empatiche.

5. I terapeuti evidenziano e potenziano le risorse interne ed esterne alla coppia.

In accordo con quanto individuato da Benson, McGrinn e Christense e da una panoramica generale sui quattro approcci presentati, appare evidente come i diversi modelli teorici descritti abbiano molti aspetti, sia teorici che pratici, in comune, e che si differenzino solo per alcune caratteristiche metodologiche peculiari.

Di seguito viene presentato uno schema riassuntivo dei principali elementi di similarità e differenza tra i vari approcci alla terapia di coppia esposti nel presente lavoro.

Tabella 1 - Confronto tra gli approcci presentati

	TCC-C	ACT-C	TCIC	EFT-C
Base teorica	TCC standard T. attaccamento	TCC ACT	TCC 3° generazione	T. attaccamento T. umanistica
Formulazione del caso/ analisi del problema	Formulazione del caso, restituzione, contratto terap.	Descrizione non giudicante del problema	Analisi DEEP	Ricostruzione della storia del problema
Modalità di assessment	Colloqui individuali, congiunti, testistica	Coll. congiunti, eventualmente individuali	Coll. individuali, congiunti, testistica	Coll. congiunti, analisi delle emozioni
Ristrutturazione cognitiva	Centrale nell'approccio	Defusione, mindfulness	Unified detachment	Indiretta
Relazione terapeutica	Ascolto attivo, clima collaborativo e validante, linguaggio inclusivo	Atteggiamento non giudicante, empatico, focus sulla sofferenza reciproca	Atteggiamento o non giudicante, collaborativo	Atteggiamento o collaborativo, non critico
Responsabilità del problema condivisa tra i partner	Centrale: Cicli interpersonali, schemi	Centrale: Accettazione e valori	Centrale: responsabilità personale al cambiamento	Centrale: Bisogni di attaccamento
Differenze individuali	Indirette attraverso gli schemi	Indirette: valori e regole	Elementi centrali	Elementi centrali
Cambiamenti comportamentali	T. scambio sociale Contratti Comportamentismo	Centrali: basati sui valori	Centrali: Behavior Exchange	Grazie a nuove esperienze emotive
Cicli interpersonali	“Wrestling” “Sandra e	Giudizi come smog psicologico	Vicinanza – lontananza,	Dialoghi Demone

	Raimondo” “Separati in casa”		controllo – responsabilità	
Accettazione/ cambiamento	Indiretta	Elemento centrale. Mindfulness	Empathic joining, unified detachment	Indiretta: Le sette conversazioni
Comunicazione	Focus su pattern comunicativi disfunzionali. Training di comunicazione	Training di comunicazione basato sui valori	Comunicati on and Problem solving Training	Indiretta: comunicazione reciproca dei bisogni di attaccamento
Empatia	Validazione reciproca di emozioni e pensieri	Apprezzament o, accettazione, perdono, fiducia	Empathic joining	Centrale: “Stringimi forte”
Emozioni	Analisi degli scambi emotivi negativi, ABC	Sofferenza reciproca, accettazione	Empathic joining, accettazione	Centrali: primarie e secondarie

Bibliografia

- American Psychiatric Association APA (2013). *DSM 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano: Raffaello Cortina
- Ascher L. M. (1980). Paradoxical intention, in Goldstein A. & Foa E. B., *Handbook of behavioral interventions: a clinical guide*, New York: Wiley, 129-148
- Ascher L. M. (1984). *Therapeutic paradox*, New York: Guilford press
- Attili G. (2004). *Attaccamento e amore*, Bologna: Il Mulino
- Baldoni F. (2004). Attaccamento di coppia e cambiamento sociale, *Il girasole e l'ombra, intimità e solitudine del bambino dalla culla al clamore*, Bologna: Pendragon, 95-109
- Baldwin M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information, *Psychological Bulletin*, 112, 461-484
- Bartholomew K. & Horowitz L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of the four category model, *Journal of Personality and social psychology*, 61, 276-244
- Baucom D. H. & Epstein N. (1990). *Cognitive Behavioral marital therapy*, New York: Brunner Mazel
- Baucom D. H., Epstein N., Daiuto A. D., Carels R. A., Rankin L. & Burnett C. K. (2002). Cognitions in marriage: the relationship between standards and attributions, *Journal of family psychology*, 10, 209-222
- Baucom D. H., Epstein N., Rankin L. & Burnett C. K. (1996). Assessing relationship standards: the inventory of specific relationship standards, *Journal of family psychology*, 10, 72-88
- Baucom D. H., Epstein N., Sayers S. & Sher T. G. (1989). The role of cognitions in marital relationships: definitional, methodological and conceptual issues, *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 3-38

- Baucom D. H., Epstein N. & Sullivan L. J. (2004). Brief couple therapy. In Dewan M., Stenbarger B. & Greenberg R. P., *The art and science of brief therapies*, Washington: American Psychiatric Publishing, 189-227
- Baucom D. H., Shoham V., Mueser K. T., Daiuto A. D. & Stickle T. R. (1998). Empirically supported couples and family therapies for adult problems, *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 53-88
- Baucom K. J., Sevier M., Eldridge K. A., Doss B. D. & Christensen A. (2011). Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: outcome and link with five-year follow up, *Journal of consulting and clinical psychology*, 79, 565-576
- Beach S. R. H. (2001). *Marital and family process in depression: a scientific process for clinical practice*, Washington: American psychological association
- Beck A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*, New York: International Universities Press
- Beck A. T. (1988). *L'amore non basta*, Roma: Astrolabio
- Beck A. T. (2002). Cognitive models of depression. In Leahy R. L. & Dowd T. E., *Clinical advances in cognitive psychotherapy: theory and application*, New York: Springer, 29-61
- Beck J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*, New York: Guilford press
- Beck J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy*, New York: Guilford press
- Bennun I. (1985). Prediction and responsiveness in behavioral marital therapy, *Behavioral psychotherapy*, 13, 186-201
- Bowen M. (1978). *Family therapy in clinical practice*, New York: Jason Aronson
- Bowen M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo, la differenziazione del sé nel sistema familiare*, Roma: Astrolabio,
- Bowlby J. (1980). *Attaccamento e perdita*, vol. 3: *La perdita della madre*, Torino: Boringhieri
- Bowlby J. (1987). *Paths to successful development, personality in the life course*, Cambridge: Cambridge University press
- Bowlby J. (1988). *Una base sicura*, Milano: Raffaello Cortina
- Bowlby J. (1999). *Attaccamento e perdita; attaccamento, separazione, perdita*, Torino: Boringhieri
- Bradbury T. N. & Fincham F. D. (1990). Attributions in marriage: review and critique, *Psychological bulletin*, 107, 3-33
- Brennan K. A., Clark C. L. & Shaver P. R. (1998). Self report measurement of adult attachment: an integrative overview. In Simpson J. A. & Rholes W. S., *Attachment theory and close relationship*, New York: Guilford press, 46-76
- Brown G. W. & Harris T. (1978). *Social origins of depression: a psychiatric disorder in women*, Londra: Tavistock
- Burns D. (1980). *Feeling good: the new mood therapy*, New York: Signet
- Christensen A. (1988). Dysfunctional interaction patterns in couples. In Noller P. & Fitzpatrick M. A., *Perspectives on marital interactions*, Clevedon: Multilingual matters, 31-52
- Christensen A. (2009). *Couple Questionnaire*, Los Angeles: University of California
- Christensen A. (2010). *Weekly Questionnaire*, Los Angeles: University of California
- Christensen A., Doss B. D. & Jacobson N. S. (2014). *Reconcilable differences: rebuilt your relationship by rediscovering the partner you love without losing yourself*, New York: Guilford press
- Christensen A., Eldridge K, Catta-Preta A. B., Lim V. R. & Santagata R. (2005), Cross-cultural consistency of the demand/withdraw interaction in couples, *Journal of psycho-somatic research*, 38, 23-32
- Christensen A. & Jacobson N. S. (1991). *Integrative behavioral couple therapy*, Washington: University of Washington press
- Christensen A. & Jacobson N. S. (1997). *Frequency and acceptability of partner behavior inventory*, Los Angeles: University of California

- Christensen A., Jacobson N. S. & Babcock J. (1995), Integrative behavioral couple therapy. In Jacobson N. S. & Gurman A. S., *Clinical handbook of couple therapy*, New York: Guilford press
- Christensen A. & Jacobson, N. S. (1997). *Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory*, Los Angeles: University of California
- Christensen A., Wheeler J. C. & Jacobson N. S. (2010). La terapia comportamentale integrata di coppia. In Bulli F. & Melli G., *Mindfulness & acceptance in psicoterapia*, Firenze: Eclipsi
- Cordova J. V. & Jacobson N. S. (1997). Acceptance versus change interventions in behavioral couple therapy: impact on couples' in-session communication, *Journal of marriage and family therapy*, 24, 437-450
- Crane D. R., Mead D. E. (1980). The Marital Status Inventory: some preliminary data on an instrument to measure marital dissolution potential, *American Journal of Family Therapy*, 8, 31-35
- Dattilo F. M. (1993). Cognitive techniques with couples and family, *Family Journal*, 1, 51-56
- Dattilo F. M. (1994). Families in crisis. In Dattilo F. M. & Freeman A., *Cognitive – behavioral strategies in crisis intervention*, New York: Guilford press, 278-301
- Dattilo F. M. (1998). Cognitive-behavior family therapy. In Dattilo F. M., *Case studies in couple and family therapy: systemic and cognitive perspectives*, New York: Guilford press, 62-84
- Dattilo F. M. (2001a). Cognitive-behavior family therapy: contemporary myths and misconceptions, *Contemporary family therapy*, 23, 3-18
- Dattilo F. M. (2001b). The ripple effects of depressive schemas on psychiatric patients, *Archives of psychiatry and psychotherapy*, 3, 90-91
- Dattilo F. M. (2005). Homework for couples. In Kazantzis N., Deane F. P., Ronan K. R. & L'Abate L., *Using homework assignments in cognitive-behavior therapy*, New York: Brunner Routledge, 153-170
- Dattilo F. M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: a comprehensive guide for clinicians*, New York: Guilford press
- Dattilo F. M. & Padesky C. A. (1990). *Cognitive therapy with couples*, Sarasota: Professional resource exchange,
- Dattilo, F. M. & Van Hout G. (2006). The problem solving component in cognitive-behavioral couples therapy, *Journal of family psychotherapy*, 17, 1-19
- Davson D. D. (1965). Family roles, *Archives of general psychiatry*, 12, 589-594
- Di Pietro M. (1992). *L'educazione razionale emotiva*, Trento: Erickson
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R. & Salvatore G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*, Milano: Raffaello Cortina
- Dimaggio G. & Semerari A. (2003). *I disturbi di personalità: modelli e trattamento*, Roma-Bari: Laterza
- Doss B. D., & Christensen A. (2006). Acceptance in romantic relationships: The Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory, *Psychological Assessment*, 18, 289-302
- Dowd E. T. & Swoboda J. S. (1984). Paradoxical interventions in behavior therapy, *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 15, 229-234
- Eidelson R. J. & Epstein N. (1982). Cognitions and relationships maladjustment: development of a measure of dysfunctional relationship belief, *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 715-720
- Ellis A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*, New York: Lyle Stuart
- Ellis A. (1987). The impossibility of achieving consistently good mental health, *American Psychologist*, 42, 364-375
- Ellis A. (1989). A dictionary of rational-emotive feelings and behaviors, *Journal of rational-emotive & cognitive- behavior therapy*, 1, 3-28
- Ellis A. & Harper R. (1961). *A guide to rational living*, North Hollywood: Wilshire Books
- Ellis A. & Harper R. (1961). *A guide to successful marriage*, North Hollywood: Wilshire Books
- Epstein N. (1982). Cognitive therapy with couples, *The American journal of family therapy*, 10, 5-16

- Epstein N. (1986). Cognitive marital therapy: a multilevel assessment and intervention, *Journal of Rational Emotive Therapy*, 4, 68-81
- Epstein N. & Baucom D. H. (2002). *Enchaced cognitive behavioral therapy for couples: a contextual approach*, Washington: American Psychological Association
- Epstein N. & Baucom D. H. (2003). Couple therapy. In Leahy R. L., *Roadblocks in cognitive-behavior therapy: transforming challenges into opportunities for change*, New York: Guilford press, 217-235
- Feeney B. C. (2007). The dependency paradox in dose relationship: accepting dependence promotes independence, *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 268-285
- Fisher J. & Crandell L., (2001). I modelli di relazione nella coppia. In Clulow C., *Attaccamento adulto e psicoterapia di coppia*, Roma: Borla
- Fruzetti A. E. & Iverson K. M. (2004). Mindfulness, acceptance, validation and individual psychopathology in couples. In Hayes S. C., Follette V. M. & Linehan M. M., *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*, New York: Guilford press, 168-191
- Funk J. L. & Rogge R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index, *Journal of Family Psychology*, 21, 572-583
- Gordon K. C. & Baucom D. H. (1999). A forgiveness-based intervention for addressing extramarital affairs, *Clinical Psychology: science and practice*, 6, 382-399
- Gottam J. M. (1994). *What predicts divorce?*, Hillsdale: Erlbaum
- Gottam J. M. (1999). *The marriage clinic: a scientifically based marital therapy*, New York: Norton
- Gottam J., Notarius C., Gonso J. & Markman H. J. (1976). *A couple guide to communication*, Champaign: Research press
- Gottam J. & Silver N. (1999). *Intelligenza emotiva per la coppia*, Milano: Rizzoli
- Greenberg L. S. & Goldman R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: the dynamics of emotion, love, and power*, Washington: American Psychological Association
- Greenberg L. S. & Johnson S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*, New York: Guilford Press
- Greenman P. S. & Johnson S, M. (2013). Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: linking theory to practice, *Family Process*, 52, 46-61
- Halford W. K., Sanders M. R. & Behrens B. C. (1994). Self-regulation in behavioral couples therapy, *Behavior therapy*, 25, 3, 431-452
- Harris R. (2006). Embracing Your Demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy, *Psychotherapy in Australia*, 12, 4
- Harris R. (2008). *La trappola della felicità, come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*, Trento: Erikson
- Harris R. (2009). *ACT with LOVE*, Oakland: New Harbinger
- Hayes S. C. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 101-106
- Hayes S. C. (2002). Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. *Behavioral Practice*, 9, 58-66
- Hayes S. C. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161-165
- Hayes S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies, *Behavioral Therapy*, 35, 639-665
- Hayes S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (2005). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes S. C. & Smith S. (2010). *Smetti di soffrire e inizia a vivere*, Milano: Franco Angeli
- Hayes S. C., Strosahal K. & Wilson K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: an experimental approach to behavior change*, New York: Gilford

- Hayes S. C. & Wilson K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303
- Hazan C. & Shaver P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process, *Journal of personality and social psychology*, 52, 511-524
- Heavey C. L., Christensen A. & Malamuth N. M. (1995). The longitudinal impact of demand and withdrawal during marital conflict, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 797-801
- Hite S. (1999). *Il rapporto Hite*, Milano: Bompiani
- Homans G. C. (1961). *Social behavior: its elementary forms*, New York: Brace Jananovich
- Hovestadt A., Anderson W., Piercy F., Cochran S. & Fine M. (1985). Family of origin scale, *Journal of marital and family therapy*, 11, 287-297
- Hudson W. W., Corcoran K. & Fischer J. (2000). *Index of sexual satisfaction: measures for clinical practice, a sourcebook*, vol. 2, free press, New York
- Huston T. L. & Houts R. M. (1998). The psychological infrastructure of courtship and marriage: the role of personality and compatibility in romance relationship. In Bradbury T. N., *The developmental course of marital dysfunction*, New York: Cambridge University Press, 114-151
- Jacobson N. S. (1992). Behavioral couple therapy: a new beginning, *Behavior therapy*, 23, 493-506
- Jacobson N. S. & Christensen A. (1996). *Integrative couple therapy: promoting acceptance and change*, New York: Norton
- Jacobson N. S. & Christensen A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: a therapist's guide to transforming relationships*, New York: Norton
- Jacobson N. S., Christensen A., Prince S. E., Cordova J. & Eldridge K. (2000). Integrative behavioral couple therapy an acceptance-based, promising new treatment for couple discord, *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 351-355
- Jacobson N. S. & Margolin G. (1979). *Marital therapy: strategies based on social learning and behavior exchange principles*, New York: Brunner e Mazel
- Johnson S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: creating connection*, New York: Brunner e Mazel
- Johnson S. M. (1998). Emotionally focused couple therapy. In Dattilo F. M., *Case studies in couple and family therapy: systematic and cognitive perspectives*, New York: Guilford press
- Johnson S. M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors, strengthening attachment bonds*, New York: Guilford press
- Johnson S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection. Basic principles into practice series*, New York: Brunner-Routledge
- Johnson S. M. (2008). Emotionally focused couple therapy. In Gurman, A. S., *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press, 107-137
- Johnson S. M. (2008). *Hold me tight, seven conversation for a lifetime in love*, New York: Little brown
- Johnson S. M. (2009). Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples: perfect patterns. In Obegy J. H. & Berant E., *Attachment theory and clinical work with adults*, New York: Guilford press, 410-433
- Johnson S. M. (2012). *Manuale di terapia di coppia focalizzata sulle emozioni: principi base e pratica*, Sassari: Istituto di Scienze Cognitive Editore
- Johnson S. M. (2013). *Love sense, the revolutionary science of romantic relationships*, New York: Little brown
- Johnson S. M., Bradley, B. A., Furrow, J. L., Lee, A. C., Palmer, G., Tilley, D. & Woolley, S. R. (2005). *Becoming an emotionally focused couple therapist: the workbook*, New York: Routledge
- Johnson S. M. & Brubacher, L. L. (2016). Emotionally focused couple therapy: empiricism and art. In Sexton, T. L. & Lebow J., *Handbook of family therapy*, New York: Routledge, 326-348

- Johnson S. M. & Denton W. (2002). Emotionally focused couple therapy: creating secure connections. In Gurman A. S. & Jacobson N. S., *Clinical handbook of couple therapy*, New York: Guilford press
- Johnson S. M. & Greenberg L. S. (1987). Emotionally focused marital therapy: an overview. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24, 552–560
- Johnson S. M. & Greenberg L. S. (1992). Emotionally focused therapy: restructuring attachment. In Budman, S. H., Hoyt, M. F. & Friedman, S., *The first session in brief therapy*, New York: Guilford Press, 204–224
- Johnson S. M. & Greenman P. S. (2006). The path to a secure bond: emotionally focused couple therapy, *Journal of Clinical Psychology*, 62, 597–609
- Johnson S. M., Hunsley J., Greenberg L. S. & Schindler D. (1999). Emotionally focused couples therapy: status and challenges, *Journal of clinical psychology: science and practice*, 6, 67-79
- Johnson S. M. & Sims, A. (2000). Attachment theory: a map for couples therapy. In Levy T. M., *Handbook of attachment interventions*, San Diego: Academic Press, 169–191
- Kazantzis N., Deane F. P. & Ronan K. P. (2000). Homework assignments in cognitive-behavioral therapy: a meta-analysis, *Clinical Psychology: science e practice*, 7, 189-202
- Kazantzis N., Whittington C. J. & Dattilo F. M. (2015). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavior therapy: a replication and extension, *Clinical psychology: science and practice*
- Kelly G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*, New York: Norton
- Kerr M. & Bowen M. (1988). *Family evaluation*, New York: Norton
- L' Abate L. (1977). *Enrichment: structural interventions with couples, families and groups*, Washington: University Press of America
- L' Abate L. & McHenry S. (1983). *Handbook of marital interventions*, New York: Grune & Stratton
- Leahy R. L. (1996). *Cognitive therapy: basic principles and applications*, New York: Jason Aronson
- Leahy R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*, New York: Guilford press
- Leslie L. A. (1988). Cognitive behavioral and systems models of family therapy: how compatible are they?. In Epstein N. B., Schlesinger S. & Dryden W., *Cognitive behavior therapy with families*, New York: Brunner Mazel
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza, psicologia e psicoterapia nell'ottica cognitivo-evoluzionista*, Milano: Raffaello Cortina
- Liotti G. & Monticelli F. (2009). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*, Milano: Raffaello Cortina
- Lo Iacono G. (2004). Gli homework nella psicoterapia cognitivo-comportamentale di coppia. In Baldini F., *Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche*, Milano: McGraw-Hill
- Mancini F., Sassaroli S. & Semerari A. (1984). Teorie psicologiche implicite e soluzione di problemi nevrotici: un approccio darwinista. In Chiari G. & Nuzzo L., *Crescita e cambiamento della coscienza individuale*, Milano: Franco Angeli, 275-292
- McCubbin M. A. & McCubbin H. L. (1989). Theoretical orientation to family stress and coping. In Figley C., *Treating stress in families*, New York: Brunner Mazel, 3-43
- Mckay M., Fanning P. & Paleg K. (2006). *Couple skills: making your relationship work*, Oakland: New Harbinger
- Mikulincer M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 513-524
- Mikulincer M., Florian V., Cowan P. A. & Cowan C. P. (2002). Attachment security in couple relationships: a systemic model and its implications for family dynamics, *Family process*, 41, 405-434
- Mikulincer M. & Shaver P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*, New York: Guilford press
- Miller G. E. & Bradberry T. N. (1995). Refining the association between attributions and behavior in marital interaction, *Journal of family psychology*, 9, 196-208
- Minuchin S. (1974). *Families and family therapy*, Cambridge: Harvard University Press

- Minuchin S. & Fishman H. C. (1981). *Family therapy techniques*, Cambridge: Harvard University Press
- Murphy C. & Hoover S. (1999), Measuring emotional abuse in dating relationships as a multifactorial construct, *Violence and victims*, 14, 39-53
- Napier A. (1990). *The fragile bond*, New York: Harper&Row
- Neff K. D. (2003). Lo sviluppo e la validazione di una scala per misurare l'auto-compassione, *Self and Identity*, 2, 223-250
- Newman H. M. & Langer E. J. (1988). Investigating the developmental and courses of intimate relationship. In Abramson L. Y., *Social cognition and clinical psychology: a synthesis*, New York: City press, 148-173
- Nhat Hanh T. (1992). *Il miracolo della presenza mentale*, Roma: Ubaldini
- Nigro N., Mancioppi S. & Possi M (2017). La relazione terapeutica. In Rebecchi D. & Vinai P., *Psicoterapia cognitiva della coppia*, Milano: Raffaello Cortina, 29-39
- Noel N. & McCrady B. (1993). Alcohol focused spouse involvement with behavioral marital therapy. In O'Farrell T., *Treating alcohol problems: marital and family interventions*, New York: Guilford press
- Northey W. F. (2002), Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists: a national survey, *Journal of marital and family therapy*, 28, 487-494
- O'Leary K. & Turkewitz H. (1978), Marital therapy from a behavioral perspective. In Paolino T. & McCrady B. (Eds.), *Marriage & marital therapy*, New York: Brunner Mazel, 260-297
- Ogden P. (2012). Emozioni, mindfulness e movimento, espansione dei confini di regolazione della finestra di tolleranza affettiva. In Fosha D., Siegel D. & Solomon M. F., *Attraversare le emozioni*, vol. 2, Milano: Mimesis
- Organizzazione Mondiale della Sanità OMS (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, 10th revision, Milano: Masson
- Pankseep J. (1998). *Affective neuroscience, the foundations of human and animal emotions*, Oxford: Oxford University Press
- Penn P. (1982). Circular questioning, *Family process*, 12, 267-279
- Petereson D. R. (1979). Assessing interpersonal relationship by means of interaction records, *Behavioral Assessment*, 1, 221-236
- Pretzer J., Epstein N. & Fleming B. (1991). Marital attitude survey: a measure of dysfunctional attributions and expectancies, *Journal of cognitive psychotherapy: an international quarterly*, 5, 131-148
- Psychotherapy Networker (2007). The top 10: the most influential therapists of the past quarter century, *Psychotherapy networker*, 31, 24-68
- Rebecchi D. & Vinai P. (2017). *Psicoterapia cognitiva della coppia*, Milano: Raffaello Cortina
- Rebecchi D., Vinai P. & Boldrini M. P. (2017). L'assessment e la valutazione clinica. In Rebecchi D. & Vinai P., *Psicoterapia cognitiva della coppia*, Milano: Raffaello Cortina, 41- 51
- Rebecchi D., Vinai P., Framba R., Dadà R., Gemelli A., Sgambati S. & Boldrini M. P. (2017). I percorsi terapeutici. In Rebecchi D. & Vinai P., *Psicoterapia cognitiva della coppia*, Milano. Raffaello Cortina, 53-109
- Rubon Z. (1973). *Liking and loving*, New York: Rhinehart & Winston
- Ruggiero G. M. & Sassaroli S. (2013). *Il colloquio in psicoterapia cognitiva, tecnica e pratica clinica*, Milano: Raffaello Cortina
- Safran J. D. & Segal Z. V. (1990), *Interpersonal process in cognitive therapy*, New York: Basic books
- Sager C. (1976). *Marriage contracts and couples therapy*, New York: Brunner Mazel
- Sassaroli S. & Lorenzini R. (1995), *Attaccamento, stili di conoscenza e disturbi di personalità*, Milano: Raffaello Cortina
- Satir V. M. & Baldwin M. (1983). Satir step by step: a guide to creating change in families, *Science and behavior books*, Palo Alto

- Scarinci A. & Romano C. (2008). Le teorie naive: la Naive Idea Survey. In Incerti A. & Scarinci A., *Assessment dei disturbi d'ansia*, Trento: Erickson
- Schwebel A. & Fine M. (1994), *Understanding and helping families: a cognitive behavior approach*, Hillsdale: Erlbaum
- Senchak M. & Leonard K. E. (1992), Attachment styles and marital adjustment among newlywed couples, *Journal of social and personal relationships*, 9, 51-64
- Sevier M., Eldridge K., Jones J., Doss D. B. & Christensen A. (2008), Observed communication and associations with satisfaction during traditional and integrative behavioral couple therapy, *Behavioral therapy*, 39, 137-150
- Shaver P. R., Hazan C. & Bradshaw D. (1988), Love as attachment: the integration of three behavioral systems. In Sternberg R. J. & Barnes M., *The psychology of love*, New Haven: Yale University press
- Shaver P. R. & Mikulincer, M. (2006). A behavioral systems approach to romantic love relationships: attachment, caregiving, and sex. In Sternberg, R. J. & Weis, K., *The new psychology of love*, New Haven: Yale University Press, 35-64
- Siegel D. (1999). *The developing mind*, New York: Guilford press
- Simpson J., Rholes W. & Nelligan J. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety provoking situation: the role of attachment style, *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446
- Sloan S. & L'Abate L. (1985), Intimacy. In L'Abate L. (Ed.), *Handbook of family psychology therapy*, 405-431, Homewood: Dorsey Press
- Snyder D. K. & Aikman G. G. (1999). The marital satisfaction inventory- revised. In Maruish M. E., *Use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, New York: Erlbaum, 1173-1210
- Snyder D. K., Cavell T. A., Heffer R. & Mangrum L. F. (1995). Marital and family assessment: a multifaceted, multilevel approach. In Mikesell R. H., Lusterman D. D. & McDaniel S., *Integrating family therapy: handbook of family psychology and system therapy*, Washington: APA
- Spanier G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads, *Journal of marriage and the family*, 38, 15-28
- Steinglass P., Bennet L., Wolin S. J. & Reiss D. (1987), *The alcoholic family*, New York: Basic books
- Sternberg R. (1986), A triangular theory of love, *Psychological Review*, 93, 119-135
- Straus M. A., Hamby S. L., Boney-McCoy S. & Sugarman D. B., (1996). The revised conflict tactics scales: development and preliminary psychometric data, *Journal of family issues*, 17, 3, 283-316
- Stuart R. B. (1969). Operant interpersonal treatment for marital discord, *Journal of consulting and clinical psychology*, 33, 675-682
- Thibaut J. & Kelley H. H. (1959). *The social psychology of groups*, New York: Wiley
- Thoits P.A. (1983). Dimension of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. In Kaplan H. B., *Psychosocial stress: trends in theory and research*, New York: Academic Press
- Tilden T. & Dattilo, F. M. (2005). Vulnerability schemas of individuals in couples relationships: a cognitive perspective, *Contemporary family therapy*, 27, 137-160
- Vanzetti N. A., Notarius C. I. & NeeSmith D. (1992). Specific and generalized expectancies in marital interaction, *Journal of family psychology*, 6, 171-183
- Wales S., Di Giuseppe R. & Dryden W. (1992). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*, New York: Oxford university press
- Walser R. & Westrup D. (2009). *The mindful couple: using acceptance and mindfulness to enhance vitality, compassion and love*, Oakland: New Harbinger
- Walsh F. (1998). *Strengthening family resilience*, New York: Guilford press
- Watzlawick P., Beavin J. H. & Daveson D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*, New York: Norton

- Weeks G. & Treat S. (1992). *Couples in treatment: techniques and approaches for effective practice*, New York: Brunner Mazel
- Weiss R. L. (1980). Strategic behavioral marital therapy: toward a model for assessment and intervention. In Vincent J. P., *Advances in family intervention, assessment and theory*, Greenwich: JAI press
- Weiss R. L. & Cerreto M. C. (1980). The Marital Status Inventory: Development of a measure of dissolution potential, *American Journal of Family Therapy*, 8, 80–85
- Weiss R., Hops H. & Patterson G. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict: a technology for altering it, some data for evaluating it. In Hamerlynck L., Handy L. & Mash E. (Ed.), *Behavior change: methodology, concepts and practice*, Champaign: Research Press
- Weissman M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression, *American Journal of public health*, 77, 189-195
- Weissman M. M. & Paykel E. S. (1974). *The depressed women: a study of social relationships*, Chicago: University of Chicago press
- Young J. E., Klosko S. & Weishaar M. E. (2003). *Schema Therapy: a practitioner's guide*, New York: Guilford press

Elena Guazzo

Psicologa-Psicoterapeuta, Vicenza e Montecchio Maggiore (Vi)

Specializzata a Verona, training Prunetti e Baggio

e- mail: guazzo.elena@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it