



Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica
Servizio di Psicologia Medica
Università degli Studi di Verona

Teorie della psicologia clinica

Prof.ssa Lidia Del Piccolo

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di
Comunità Sezione di Psicologia Clinica

Programma della lezione

- **Psicoanalisi e prospettiva
psicodinamica**
- **La teoria dell'attaccamento**
- **Il paradigma cognitivo-
comportamentale**
- **L'approccio sistemico**

Psicoterapia

- interazione sociale in cui uno specialista, dotato di adeguata preparazione professionale, cerca di aiutare un'altra persona (paziente o cliente) a comportarsi e a sentire in maniera diversa (Davison & Neale, 1978)
- interazione fatta di intensità emozionale e distacco che offre gli strumenti attraverso i quali il paziente può trovare la propria strada verso il cambiamento (Engler & Goleman, 1992).

Requisiti della relazione terapeutica

1. Rispetto della riservatezza e tutela rigorosa del segreto;
2. Accettazione del paziente e assenza di giudizio sul suo comportamento;
3. Assenza di interesse personale da parte dello psicoterapeuta;
4. Messa fra parentesi delle convinzioni religiose, morali, politiche nonché dei valori dello psicoterapeuta.

Si distinguono psicoterapie

1. **BASATE SULL'INSIGHT**: psico-analisi, psicoterapie psicanalitiche, psicoterapie brevi e interpersonali, terapie umanistiche ed esistenziali, terapia della gestalt.

Presupposto: comportamento, emozioni, pensieri diventano disturbati quando l'individuo non comprende adeguatamente quali sono le sue motivazioni più profonde.

> consapevolezza → > controllo → miglioramento in tutti gli ambiti

2. **BASATE SULL'AZIONE**: terapie cognitivo-comportamentali e sistemiche

Presupposto: curare il sintomo (comportamento, emozioni, pensieri) consente di migliorare la qualità di vita del paziente e consente anche un processo introspettivo, pur non essendo questo il fuoco dell'intervento. Evidence-based therapy.

Psicoanalisi



- **procedimento per l'indagine di processi psichici**
→ funzione esplorativa (analisi = ripercorrere la storia personale facendo emergere ed elaborando le rappresentazioni inconsce che dominano la vita del soggetto).
- **metodo terapeutico** (analisi e insight)
- **serie di conoscenze psicologiche** sul funzionamento e sullo sviluppo della personalità

Principi:

Inconscio

Continuità tra patologia e normalità

Determinismo causale nelle manifestazioni psichiche

Principali tappe del pensiero freudiano

- **1895 Studi sull'isteria** - dall'ipnosi (Charcot) alle **libere associazioni** – metodo “catartico” – il percorso associativo è rigorosamente determinato dall'economia emotiva del momento.
- **1899 L'interpretazione dei sogni** - inizia a definirsi il concetto di processo inconscio e l'analisi dei sogni come strumento per portare alla luce desideri e pulsioni inespresi. Sogno consente l'appagamento di desideri inconsci attraverso una forma simbolica - interpretazione

sogno-libere associazioni-interpretazione

||

sintomo-difesa-conflitto

Sogno e sintomo sono un compromesso tra istanze inconscie che cercano appagamento e istanze cosce che rimuovono

Principali tappe del pensiero freudiano

- **1905 Tre saggi sulla sessualità** - esiste sessualità infantile - autoerotica e polimorfa.
 - **Pulsione** = tensione che necessita di una scarica immediata e si appoggia a funzioni aventi per scopo la preservazione dell'individuo → fase orale, anale, fallica, edipica (pulsioni parziali), di latenza, genitale (sessualità adulta e unificata).
 - **Psiche** = fantasia, rappresentazione – il legame tra le rappresentazioni è di tipo associativo e forza che lega i nessi associativi è di tipo energetico (emotivo/affettivo) non il contenuto ideativo o la forma.
 - **Fissazione - regressione**

1915 I Topica (concezione dinamica)

Inconscio

- rimozione - resistenza
- principio di piacere (le pulsioni interne desiderano essere soddisfatte subito, senza dilazioni - scarica di tensione)
- processo primario (assenza di nessi logici, spaziali, temporali - assenza di contraddizione → spostamento, condensazione -
- infantile e patologico in quanto origina dalla rimozione
- primitivo in quanto fonte di appetiti sensuali

Pre-conscio (censura parziale) - contenuti rimossi accessibili alla coscienza

Conscio

- principio di realtà (distinzione fra desiderio e suo appagamento nella realtà)
- processo secondario (l'energia è legata, condizionata dalle rappresentazioni a cui è diretta - presenza di nessi logici, pensiero adulto, civilizzato)

1922 II Topica (concezione strutturale)

Freud modifica la netta distinzione tra attività conscia e inconscia, postulando l'interazione tra i tre sistemi

ES → inconscio. Costituito da rappresentazioni delle pulsioni che cercano la scarica e impulsi di desiderio

IO → parte inconscio (rimosso) e conscio (guida la percezione) - media tra istanze pulsionali (ES e Super-io) e la realtà, organizzatore dei meccanismi di difesa.

SUPER-IO → ha le sue radici nell'ES, ma è anche introiezione dei divieti imposti dall'esterno (padre=legge). È il principale veicolo della rimozione.

Modello terapeutico

SETTING = insieme di regole che definiscono la cornice di un trattamento, presume un lettino, la posizione distesa con l'analista seduto alle spalle o comunque non in vista (neutralità dell'analista).

ANALISI DEL **TRANSFERT** (trasferimento sulla persona dell'analista delle rappresentazioni legate a relazioni significative vissute in passato dal paziente) e del **controtransfert** (transfert dell'analista sul paziente).

Consegna data al paziente: esprimere liberamente quanto gli viene in mente in totale assenza di censure = **metodo delle libere associazioni**

Cambiamento = ristrutturazione mondo interno

Psicoterapie psicodinamiche



(≠ psicoanalisi)

Esiste un continuum tra le psicoterapie orientate analiticamente e le psicoterapie psicodinamiche

Scuole psicodinamiche:

- 1911 Adler: psicologia individuale
- 1913 Jung: psicologia analitica
- anni '30 Reich: psicoterapia corporea
- 1933 Burrow: psicoterapia di gruppo (≠ psicoterapia in gruppo)
- 1950 Lacan: psicoanalisi
- anni '60 Berne: analisi transazionale
- oggi Klerman e Weissman: terapia interpersonale

Scuole psicomodinamiche sviluppatesi dallo studio dell'età evolutiva:

- **A. Freud** "Io e i suoi meccanismi di difesa"
→ psicologi dell'IO (**Erikson, Rapaport, Hartmann**)
- **M. Klein** → Gioco nel bambino (=linguaggio nell'adulto)
attribuisce maggiore importanza agli impulsi distruttivi
- **Winnicott** → concetto di Sé (Kernberg, Kouth, Stern)
Il bambino esiste nella relazione duale madre-bambino
"madre sufficientemente buona", "preoccupazione materna primaria"
6 mesi – 2 anni: oggetto transizionale (fa da ponte tra il bisogno di soddisfazione interna autoerotica e la soddisfazione che viene dalla realtà esterna)
- **Bowlby** → teoria dell'attaccamento

Teoria dell'attaccamento: John Bowlby



John Bowlby, psichiatra e psicoanalista inglese.

Ottica sistemico etologico-evoluzionista

Bowlby J., *Attaccamento e perdita*.

Vol. 1: *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri Torino, 1976

vol.II: *La separazione dalla madre*, Boringhieri., Torino, 1978

vol .III : *La perdita della madre*, Boringhieri, Torino, . 1983.

Secondo Bowlby le interazioni tra madre e bambino (che iniziano già durante la gravidanza, e che vanno dall'abbraccio allo scambio di sguardi, alla nutrizione, alla consolazione ecc.), strutturano ciò che viene definito **sistema d'attaccamento**, il sistema che guida (anche nella vita adulta) le interazioni e gli scambi relazionali affettivi.

Attaccamento



Sistema motivazionale primario.

Un legame di lunga durata, emotivamente significativo, che il bambino sviluppa nei confronti dell'adulto che si prende cura di lui.

Diversi concetti:

- l'attaccamento come legame;
- i comportamenti di attaccamento, cioè il mezzo tramite il quale viene espresso e mantenuto il legame stesso;
- il sistema comportamentale di attaccamento, che regola i comportamenti del bambino coordinandoli in vista di uno scopo.

Teoria dell'attaccamento: presupposti

"tutti gli esperimenti mostrarono che "il piacere del contatto provocava comportamenti di attaccamento, il cibo no". Questi dati evidenziano che il piacere del contatto è una variabile importantissima nello sviluppo delle risposte affettive ai surrogati materni e che invece l'allattamento vi svolge un ruolo trascurabile. Con l'aumentare dell'età e delle occasioni d'imparare, un piccolo nutrito da una madre metallica fornita di biberon non si attacca più a lei, come si potrebbe prevedere in base alla teoria della pulsione secondaria., ma invece si attacca sempre più alla madre di stoffa che non lo allatta." (Harlow, 1959).

Il cibo e la nutrizione non svolgono che una parte secondaria nello sviluppo...

Teoria dell'attaccamento: Caratteristiche

Caratteristiche del legame di attaccamento:

- a) ricerca di vicinanza fisica alla figura di attaccamento;
- b) effetto base sicura, cioè l'atmosfera di benessere e sicurezza che il bambino avverte una volta stabilita la vicinanza fisica;
- c) protesta alla separazione, quando la prossimità diventa impossibile.

Teoria dell'attaccamento: variabili

1. Presenza o l'assenza reale di una figura di attaccamento

2. Fiducia o sfiducia nel fatto che la figura di attaccamento, che non sia realmente presente, sarà disponibile, cioè accessibile e capace di rispondere in modo adeguato in qualsiasi situazione di bisogno.

Più l'individuo è giovane, più ha importanza la prima variabile.

Fino ai tre anni questa è una variabile dominante.

Dopo i tre anni diventano sempre più importanti le previsioni di disponibilità o di non disponibilità.

Dopo la pubertà le qualità astratte del rapporto (affetto, fiducia, approvazione) diventano le variabili dominanti.*

Teoria dell'attaccamento: modelli operativi interni

Organismo vivente come sistema aperto e non chiuso

Organizzazione, informazione, retroazione*

MODELLI OPERATIVI INTERNI: schemi che raccolgono certe relazioni essenziali tra elementi della realtà esterna in modo da rendere il soggetto capace di formulare previsioni sull'andamento futuro dei fenomeni rappresentati

Modello interno delle figure di attaccamento, interiorizzando la qualità delle ripetute interazioni con queste ultime

Modello che il bambino svilupperà di sé e che appare delinearci in modo complementare al primo

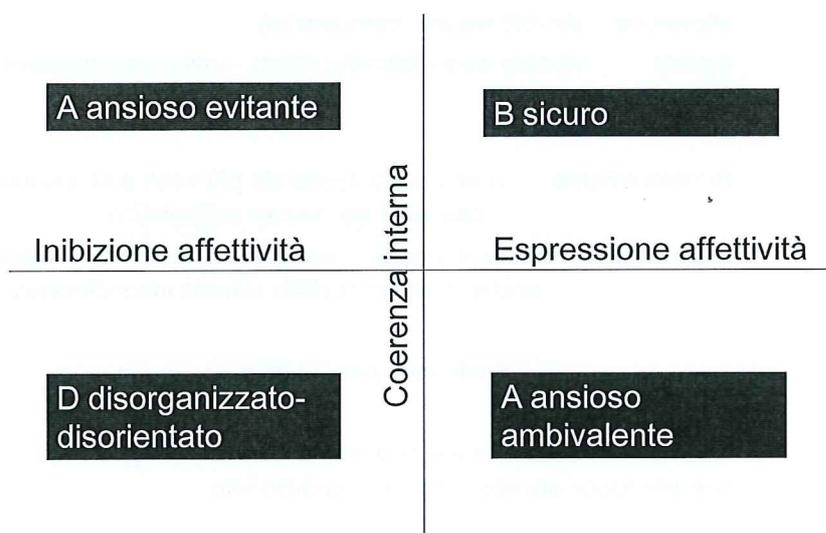
Teoria dell'attaccamento e personalità

- I processi psicologici che producono la struttura della personalità sono dotati di un buon grado di sensibilità all'ambiente, specialmente all'ambiente familiare durante i primi anni di vita; tale sensibilità però diminuisce nel corso dell'infanzia, ed è molto limitata alla fine dell'adolescenza.
- Le pressioni che tendono a mantenere una personalità su una certa via di sviluppo sono sia interne che esterne
- Le caratteristiche strutturali di una personalità, una volta sviluppate, hanno i loro mezzi di autoregolazione che tendono anch'essi a mantenere la direzione evolutiva già esistente.

Organizzazione del comportamento di attaccamento

"Il comportamento di attaccamento non scompare con l'infanzia, bensì permane per tutta la vita: vengono scelte figure vecchie o nuove con le quali si mantengono la vicinanza o la comunicazione. Mentre i risultati dell'attaccamento sono sempre gli stessi, i mezzi per raggiungerlo si diversificano sempre più".

I pattern dell'attaccamento



La terapia comportamentale

E' un tentativo di modificare comportamenti, pensieri e sentimenti patologici, applicando in un contesto clinico i metodi usati e le scoperte compiute dagli psicologi sperimentali negli studi sul comportamento normale e patologico.

L'accento è posto sulla manipolazione diretta del comportamento manifesto e occasionalmente del comportamento non manifesto.

Antecedenti storici:

- condizionamento classico (Pavlov)
- condizionamento operante (Skinner)
- teoria dell'apprendimento sociale (Bandura)

CONDIZIONAMENTO CLASSICO (Pavlov) relazione stimolo-risposta (S-R)

situazione stimolo neutro (campanello)

iniziale stimolo incondizionato (cibo) → risposta incondizionata (saliva)

Addestramento → st. neutro associato più volte a st. incondizionato
cambia il suo valore segnaletico

Condizionamento → st. neutro → risposta condizionata (saliva)
anche in assenza dello stimolo incondizionato (cibo)

Apprendimento per contingenza temporale

Una risposta condizionata può anche essere estinta se ripetutamente non più associata allo stimolo incondizionato.

CONDIZIONAMENTO OPERANTE o strumentale (Skinner)

Il comportamento che fa parte del repertorio di un soggetto può essere aumentato/diminuito in funzione del rinforzo che esso provoca (*rinforzo positivo/negativo*).

Es: un piccione deprivato di acqua adotterà quei comportamenti che gli consentiranno di ottenere l'acqua (**rinforzo positivo** >probabilità di emissione di una risposta).

Es: un topo non attraverserà più la gabbia se questo comportamento sarà associato ad una scossa elettrica (**rinforzo negativo** <probabilità di emissione di una risposta che produce un effetto negativo).

Es: un topo impara a schiacciare una leva per ottenere del cibo (**modellamento per approssimazioni successive, shaping**).

TEORIA DELL'APPRENDIMENTO SOCIALE (Bandura)

Osservare qualcuno mentre svolge certe attività può incoraggiare o scoraggiare certi tipi di comportamento come la condivisione, l'aggressività e la paura.

Apprendimento per imitazione: MODELING

- apprendimento di sequenze comportamentali precedentemente assenti dal repertorio del soggetto
- aumento/diminuzione della probabilità che un comportamento già parte del repertorio del soggetto venga emesso in conseguenza degli effetti osservati.

Minor dispendio di energie nel processo di apprendimento

Ruolo più rilevante dell'apprendimento vicario e dei processi simbolici e autoregolatori.

AUTOEFFICACIA (Bandura)

Autoefficacia: Aspettativa di una persona di essere in grado di affrontare un compito specifico.

“Le credenze delle persone riguardanti la loro efficacia nel gestire gli eventi, influenzano le scelte, le aspirazioni, i livelli di sforzo, di perseveranza, la resilienza, la vulnerabilità allo stress ed in generale la qualità della prestazione” (Bandura, 1977).

Quattro fonti di informazioni per la costruzione dell'autoefficacia (Bandura)

- Esperienze comportamentali dirette di gestione efficace. Funzione: **indicatori di capacità** (es. “sono riuscito a smettere di fumare per tre settimane”).
- Gli stati fisiologici ed affettivi. Funzione: **valutare la propria forza, vulnerabilità, reattività al disfunzionamento** (es. “quando non fumo mi sento agitato e fatico a sostenere questo stato” “sono una persona forte/debole”).
- Le esperienze vicarie e di modellamento. Funzione: **trasmissione di competenze e confronto** con le prestazioni ottenute dalle altre persone (es. “se ci è riuscito lui a smettere!...”).
- La persuasione verbale ed altri tipi di influenza sociale, Funzione: infondere la **possibilità di possedere competenze da sperimentare** (es. “frequentando i gruppi di auto-aiuto molte persone sono riuscite ad affrontare questo problema”).

Fasi del trattamento

Assessment comportamentale: valutazione funzionale (ABC)
antecedenti (circostanze che precedono la comparsa del disturbo)
comportamento

conseguenze (esterne = rinforzi ambientali o sociali / interne = pensieri, sentimenti, aspettative).

Raccolta anamnestica (centrale è la storia attuale del soggetto)

Introduzione di un modello esplicativo dei comportamenti problematici

Elaborazione di un programma di trattamento (descrizione delle tecniche, loro significato, uso ed effetti)

Conduzione del trattamento e monitoraggio

Generalizzazione del processo comportamentale appreso

Le tecniche comportamentali di esposizione

L'esposizione può essere a stimoli interni o esterni, graduata o immediata, in vivo o per immagini.

Le cinque tecniche di esposizione più impiegate sono:

- L'implosione
- Il flooding
- Esposizione graduata
- Esposizione enterocettiva
- Desensibilizzazione sistematica

La terapia implosiva

La tecnica prevede l'esposizione del soggetto alla situazione ansiogena (attraverso il contatto con stimoli che evocano la situazione ultima temuta, es. narrazione della scena) fino a quando, non realizzandosi le conseguenze temute, l'ansia non decresca spontaneamente.

L'esposizione (con narrazione, lettura, ascolto audioregistrazione ecc.) prevede che il soggetto "guardi" alle situazioni e scene che più teme, impedendo ogni forma di evitamento, sino a quando l'ansia non si estingua completamente.

Il Flooding

- Rappresenta l'applicazione in vivo delle tecniche implosive: esposizione in vivo senza possibilità di evitamento o di risposta antagonista all'ansia (es. rilassamento come nella Desensibilizzazione Sistemica).
- È la tecnica più invasiva e richiede la precondizione di una buona alleanza e un forte contratto.

MODELLO COGNITIVO

- Il primato è attribuito ai processi cognitivi (anche rispetto alle emozioni), gli eventi cognitivi sono il risultato di un processo di elaborazione delle informazioni.
- Uomo=sistema cosciente, attivo elaboratore di dati, generatore di significati e conoscenze. Anche la percezione è un processo di conoscenza attiva.
- L'uomo costruisce modelli di sé e del mondo che determinano la qualità di ciò che percepisce e gli permettono di formulare ipotesi e aspettative.

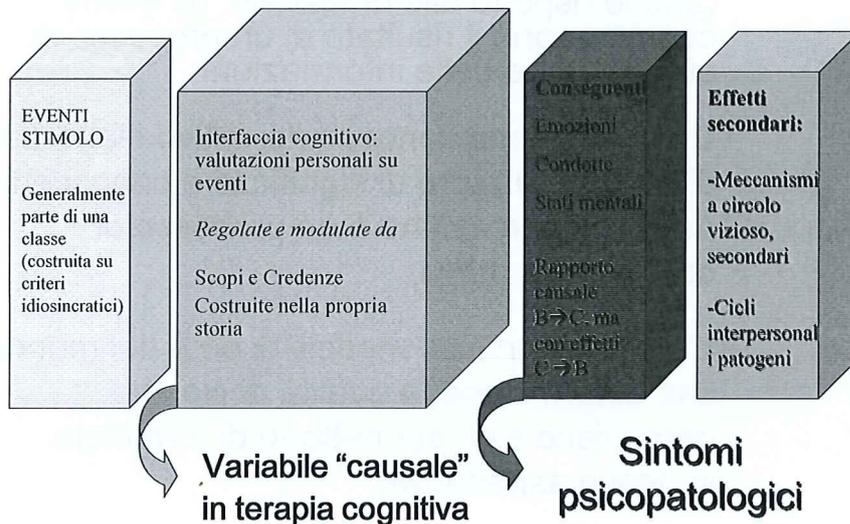
Concezione cognitivista

La conoscenza è organizzata mediante strutture (**schemi ordinati gerarchicamente**). La loro organizzazione è soggettiva, anche se implicano delle linee filogenetiche nella loro evoluzione e sono socialmente condivise. Si complessificano, arricchendosi e articolandosi per differenziazione, integrazione e gerarchizzazione.

Gli schemi cognitivi:

- definiscono cosa è possibile attendersi in ciascuna situazione
- guidano la percezione e la previsione degli eventi
- consentono di interpretare le informazioni provenienti dall'ambiente e agire di conseguenza

Paradigma teorico (Perdighe, 2007)



Variabili e processi che influenzano le valutazioni cognitive (Perdighe, 2007)



Le valutazioni sono il risultato anche di variabili di processo e "stabili":

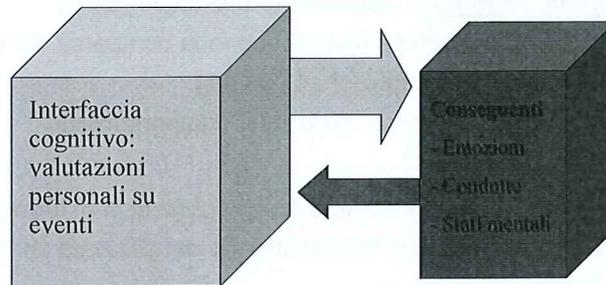
- Euristiche, bias e distorsioni cognitive
- Disfunzioni metacognitive o scopi più o meno generalizzati

Giustificano la variabilità inter-individuale a parità di scopi/credenze e eventi stimolo

Le valutazioni sono il risultato anche di variabili contingenti come l'umore che precede l'evento stimolo (es. se sono triste, più accessibili credenze di perdita), il tempo a disposizione, lo stato fisico/fisiologico eccetera

Giustificano variabilità intraindividuale a parità di eventi e scopi/credenze.

Paradigma teorico (Perdighe, 2007)



Centralità data alla variabile cognitiva: i "pensieri" sono la causa fondamentale di emozioni e condotte (e quindi dei disturbi psicopatologici)

Anche se:

- *Mood Congruity Effect; ragionamento emozionale*
- *Orientamento dell'emozione nel recupero mnestico*

TRATTAMENTO

Nella prospettiva comportamentale e cognitiva il **trattamento** d'elezione è di carattere **eziologico**: il fulcro dell'intervento è dato dall'identificazione e dalla modificazione delle variabili che intervengono con maggiore peso nel determinarsi del problema o del disturbo.

Setting dell'intervento: variabile, in genere *vis à vis*

Durata dell'intervento: variabile, in genere una seduta la settimana per meno di un anno

La formazione: grande quantità di pratica clinica sotto supervisione (utile ma non indispensabile la formazione personale)

Fasi del trattamento

Assessment cognitivo: valutazione funzionale (ABC)

- antecedenti (circostanze che precedono la comparsa del disturbo)
- Pensieri/ cognizioni disfunzionali (beliefs)
- comportamenti (sentimenti, emozioni, comportamenti).

I dati raccolti vengono organizzati con l'obiettivo di formulare un modello complessivo del funzionamento del paziente che indichi:

- come funziona il suo problema al momento attuale
- ipotesi su come si è formato e consolidato il suo problema nel corso del tempo
- quali sono i punti di forza del paziente al momento attuale
- quali sono i limiti e i deficit del paziente (oltre a quelli illustrati nel presenting problem) al momento attuale
- come funziona il paziente in generale nelle diverse situazioni della sua vita

Fasi del trattamento

Sviluppare un programma di intervento che focalizzi:

- quali comportamenti è auspicabile che il paziente modifichi, e in quale direzione;
- quali abitudini possono impedire il miglioramento e vanno quindi ridotte
- quali competenze o abitudini vanno apprese o sviluppate per facilitare e stabilizzare i miglioramenti
- quali strumenti tecnici o strategie terapeutiche e di altra natura possono facilitare il raggiungimento degli obiettivi delineati

Tutte le tecniche di cambiamento cognitive hanno lo scopo di...

modificare i significati che causano o hanno un rapporto funzionale con le condotte problematiche

- convincendo il paziente a cambiare idea (sostituisco i significati con altri)
→ *cambio i B*
- rendendo meno rigido e più complesso il sistema di significati (aggiungo dimensioni, rendendo meno dicotomici i significati, aggiungo significati - verbalizzazioni dove ci sono reazioni "automatizzate")
→ *aggiungo B*
- rendendo non evitabile lo stato temuto/evitato → pratica dell'accettazione
→ *lascio stessi B, bloccandone gli effetti (C conseguenti)*

Il dialogo socratico

- Pre-condizione: il terapeuta crede che il paziente possieda le risorse per rendersi conto che il suo modo di "leggere" gli eventi sia personale (non lo specchio della realtà).
- Per modificare in senso funzionale questa lettura, il terapeuta interviene soprattutto con domande che orientano la scoperta guidata dei significati che regolano l'attività e di nuovi significati più funzionali.

TRATTAMENTO

Obiettivo della terapia è una **ristrutturazione cognitiva**, modificazione di una modalità di pensiero che si presume essere causa di un disturbo emozionale o comportamentale.

Terapia comportamentale razionale emotiva (Ellis, 1955)

Terapia cognitiva (Beck)

Problem-solving sociale (D'Zurilla e Goldfried)

Terapia cognitiva costruttivista

ACT therapy

RET (Ellis, 1955)

“non ci preoccupano le cose, ma la visione che abbiamo di esse”

Gli assunti principali della RET possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- nella maggior parte dei casi il modo in cui ci sentiamo (emotivamente) e il modo in cui ci comportiamo sono la risultante di ciò che pensiamo;
- un modo di pensare inadeguato (illogico, distorto, irrazionale) porta a problemi emotivi e comportamentali;
- problemi emotivi e comportamentali possono essere superati imparando a sostituire pensieri irrazionali con pensieri razionali.

RET (Ellis, 1999)

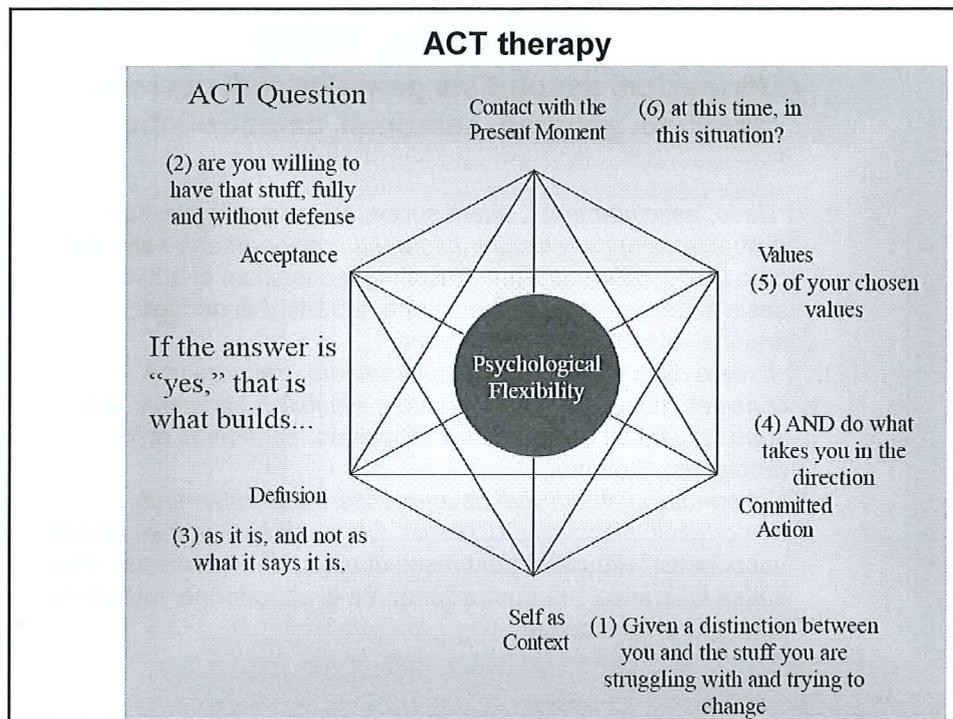
Affermazioni assolutiste generatrici di nevrosi: assolute, generali, personali, catastrofiche

1. *“Devo, assolutamente, avere successo nella maggior parte delle mie azioni e relazioni: altrimenti come persona sono del tutto inadeguato e inutile!”*. Risultato: sensazioni di grave ansietà, depressione, disperazione, inutilità. Atti di fuga, rinuncia, abbandono, dipendenza.
2. *“Il resto della gente deve, assolutamente, trattarmi con considerazione, giustizia, rispetto e amabilità; altrimenti, non sono così buoni come dicono”*. Risultato: sentimenti di ira, rabbia, risentimento.
3. *“Le condizioni in cui vivo devono essere assolutamente confortevoli, piacevoli e di pregio: altrimenti sarà orribile, non lo sopporterò!”* Risultato: sentimenti di autocommiserazione, ira e bassa tolleranza alla frustrazione. Atti di abbandono, lamentele continue e dipendenze.

Terapia cognitivo-comportamentale (Beck, anni '60)

E' una terapia:

- strutturata (si articola secondo una struttura ben definita, benché non in maniera rigida, per assicurarne la massima efficacia),
- direttiva (il terapeuta istruisce il cliente ed assume attivamente il ruolo di "consigliere esperto"),
- di breve durata (cambiamenti significativi sono attesi entro i primi sei mesi)
- orientata al presente (è volta a risolvere i problemi attuali).



La terapia centrata sul cliente di Carl Rogers

(cliente vs paziente, termine troppo legato alla diagnostica psicopatologica e alla nozione di malattia)

Compito del terapeuta: offrire un ambiente che faciliti la "realizzazione di sé" che è una tendenza innata degli esseri umani)

Caratteristiche della relazione terapeutica:

- **Congruenza**
- **Empatia**
- **Accettazione positiva incondizionata**

TERAPIA SISTEMICA

Considera la persona portatrice del malessere come membro del sistema in cui vive. Modello strutturale della famiglia

Le tecniche hanno per obiettivo la modificazione di alcune regole del sistema, ovvero delle modalità di comunicazione e di interazione tra i membri.

Sistema = raggruppamento di elementi all'interno dei quali intercorrono delle interazioni tali per cui ogni variazione nello stato di ciascuno degli elementi finisce con il modificare lo stato di ognuno degli altri elementi.

Causalità **non lineare** ma **circolare**, analisi della totalità del sistema.

Obiettivo della terapia: perturbare l'omeostasi familiare, favorire un cambiamento e un riequilibrio più adattivo

