

# Contextual Schema Therapy

Un approccio integrato di terza  
generazione per il trattamento  
dei disturbi di personalità

Edizione italiana a cura di  
Duccio Baroni e Nicola Marsigli

Eckhard Roediger, Bruce A. Stevens  
e Robert Brockman

**GUIDE**  
PSICOLOGIA

 Erickson

## IL LIBRO

### CONTEXTUAL SCHEMA THERAPY

La Contextual Schema Therapy è un **approccio innovativo per il trattamento dei disturbi di personalità** e di tutti quei casi resistenti alle tradizionali terapie cognitivo-comportamentali. È un modello strutturato di terza generazione, che integra contributi propri della ACT, della Gestalt, del cognitivismo e del comportamentismo aggiornando e arricchendo il modello originario della Schema Therapy di Jeffrey Young.

Un approccio efficace per il trattamento dei disturbi di personalità.

La Schema Therapy ha dimostrato, mediante studi di efficacia condotti in tutto il mondo, di essere capace di ridurre l'intensità delle esperienze emotive dolorose, di contrastare i mode di coping auto-invalidanti per sostituirli con altri più sani e adattivi, nonché di diminuire la frequenza delle reazioni impulsive, spesso derivanti da condizioni che rievocano indelebili esperienze della prima infanzia. Questo manuale pratico e completo fornisce ai terapeuti un insieme di tecniche dettagliate per **pianificare interventi efficaci**, anche grazie al sapiente utilizzo della relazione terapeutica.

Un manuale innovativo che contiene principi chiari e linee guida illustrate attraverso esempi clinici.

## GLI AUTORI

### ECKHARD ROEDIGER

Direttore del Frankfurt Schema Therapy Institute, è stato presidente dell'International Society of Schema Therapy e membro del consiglio dalla sua fondazione. È formatore e supervisore per la Schema Therapy e autore di numerosi libri e articoli sul tema.

### BRUCE A. STEVENS

Psicologo clinico e forense, svolge terapia individuale e di coppia con la Schema Therapy. È professore presso la Charles Sturt University of Canberra (Australia) e autore di libri, tra cui due sulla Schema Therapy.

### ROBERT BROCKMAN

Psicologo clinico e ricercatore presso la Australian Catholic University, formatore esperto sulla Schema Therapy.

€ 37,50

ISBN 978-88-590-2408-8



9 788859 024088

www.erickson.it

# Indice

- 7** Prefazione (*Wendy T. Behary*)
- 11** Introduzione
- 17** CAP. 1 Le basi concettuali
- 43** CAP. 2 Il modello degli schemi
- 61** CAP. 3 I mode: al tempo presente
- 81** CAP. 4 Dal passato al presente: la concettualizzazione del caso
- 111** CAP. 5 Utilizzare la relazione terapeutica
- 139** CAP. 6 Affrontare i mode del bambino, del critico interno e di coping
- 159** CAP. 7 Sviluppare l'adulto sano
- 181** CAP. 8 Come produrre il cambiamento
- 189** CAP. 9 Le tecniche immaginative per il cambiamento dei mode
- 225** CAP. 10 I dialoghi tra mode sulle sedie
- 247** CAP. 11 Le tecniche di modificazione del comportamento
- 267** CAP. 12 La pianificazione del trattamento
- 283** CAP. 13 Gestire i pazienti difficili
- 313** CAP. 14 Quando occorre essere in due: il coinvolgimento del partner del paziente
- 325** CAP. 15 Gli schemi del terapeuta e la cura di sé
- 343** Epilogo
- 345** Postfazione (*Jeffrey Young*)
- 347** Bibliografia

## Prefazione

Sono molto felice che i miei cari amici e colleghi Eckhard Roediger, Bruce Stevens e Robert Brockman abbiano scritto questo straordinario libro, che rappresenta senza dubbio una risorsa importantissima per ogni terapeuta.

Gli autori sono professionisti e formatori esperti nella Schema Therapy, e hanno dedicato molti anni ad affinare le loro competenze cliniche nel contesto dei loro diversi ambiti professionali.

A seguito del loro rigoroso impegno, offrono al lettore una guida essenziale per comprendere e trattare un'ampia gamma di pazienti difficili e che dimostra come la Schema Therapy, un modello evidence-based, ricco di numerosi strumenti di valutazione e di strategie integrate di intervento, possa aiutare pazienti con pattern comportamentali distruttivi.

Traendo spunto dal volume *Schema Therapy* di Jeffrey Young, Janet Klosko e Marjorie Weishaar (2003; trad. it., *Schema Therapy*, Trento, Erickson, 2018), Roediger, Stevens e Brockman entrano nel cuore del metodo e ci aggiornano sui più recenti sviluppi dell'applicazione di questo modello.

Aiutare coloro che hanno vissuto esperienze dolorose nell'infanzia e che hanno avuto a che fare con perdite, trascuratezza, abusi, solitudine e/o deprivazione, lunghi periodi di disperazione, vergogna, inadeguatezza, inibizione o con il bisogno di essere perfetti, di controllare tutto o di arrendersi è un lavoro complesso che richiede un approccio psicoterapeutico che analizzi con la dovuta profondità le prime esperienze di vita del paziente e i suoi bisogni

non soddisfatti conseguenti. È importante riconoscere il legame tra i pattern comportamentali auto-sabotanti, i mode di coping e le situazioni attivanti attuali, con l'obiettivo di rimediare alle esperienze emotive dannose del passato che continuano a influenzare le risposte emotive e sensoriali, le credenze auto-sabotanti e i comportamenti di coping maladattivi dei nostri pazienti.

L'approccio integrato basato sul modello della Schema Therapy di Jeffrey Young viene compreso ed elaborato in maniera precisa in questo bellissimo libro, in cui gli autori illustrano la relazione tra gli stressor attuali e prolungati presenti nella vita del paziente e le sue prime esperienze di vita, riconoscendo quali sono stati i suoi bisogni emotivi di base non soddisfatti e i fattori temperamentali che ne hanno formato la personalità.

La Schema Therapy mette sotto esame le «rigide verità», ovvero gli schemi maladattivi precoci e le reazioni di coping che vengono registrate nella memoria e si attivano a fronte di condizioni simili nel corso della vita della persona.

Per lavorare sui mode è fondamentale che il terapeuta sia solido, flessibile, *vero* e in sintonia. L'elemento di *verità* è un fattore cruciale per riuscire a modificare le esperienze emotive distorte e persistenti del paziente, come sarà chiaro alla lettura di questo volume.

Gli autori hanno saputo rendere il modello accessibile a tutti inserendo in quasi tutti i capitoli esempi chiari e realistici, oltre che racconti di casi che illustrano le fasi di comprensione/valutazione e la successiva applicazione delle strategie di intervento. Il lettore riconoscerà senz'altro tra gli esempi proposti alcune sfide particolari o più comuni che avrà incontrato nel suo studio durante la terapia con i suoi pazienti.

Il processo parallelo che si attiva nella stanza tra cliente e terapeuta può portare a volte a risultati scarsi o frustranti, specialmente nei casi in cui un terapeuta sovraccarico di lavoro si scontra con l'evitamento del paziente o finisce per cedere a richieste non opportune.

Come racconto nel mio libro *Disarming the narcissist* sul mio lavoro con i pazienti narcisisti, mi succede spesso che un cliente passi da un mode emotivamente distaccato a un mode arrabbiato o cinico; così come mi succede spesso di trovarmi a fare i conti con la mia spinta naturale a cedere e a mettere in secondo piano i miei diritti e la mia voce (sentimenti che vengono suscitati dal mio mode «bambino») e a dovermi imporre di mantenere una postura stabile, sicura, in modo da rispondere ai bisogni di fiducia, di confini del setting, di affidabilità e di connessione emotiva di un paziente.

Gli autori ci insegnano poi come, utilizzando gli approcci di terza generazione come la mindfulness e l'ACT (per venire incontro a bisogni emotivi

insoddisfatti) oltre alla relazione terapeutica, si possa riuscire a fare breccia nel distacco, ad affrontare le voci interne dannose e ad accedere, prenderci cura e proteggere i mode vulnerabili, allo stesso tempo rinforzando il mode adulto sano, con l'obiettivo di neutralizzare i pattern auto-distruttivi in favore di risposte più sane e adattive.

Raccomando di cuore questo libro eccezionale a chiunque voglia acquisire maggior confidenza e padronanza per ottenere risultati terapeutici efficaci, specialmente con quei pazienti che sembrano impermeabili a ogni cosa, come gli evitanti, i bulli narcisisti e pieni di sé e i sottomessi senza speranza che rinunciano ai propri diritti e bisogni seguendo il ritmo imposto dai loro critici interni.

Il lettore troverà in questo volume informazioni di enorme valore, tra cui conoscenze concettuali e teoriche, strumenti clinici, consigli e strategie e utili illustrazioni a corredo del testo.

*Wendy T. Behary*

Fondatrice e Direttrice del Cognitive Therapy Center of New Jersey  
e del New Jersey Institute for Schema Therapy

## Introduzione

### **Perché questo libro?**

La Schema Therapy ha introdotto un grande cambiamento nel trattamento dei pazienti affetti da malattie mentali croniche o disturbi della personalità. Sviluppando i punti di forza della terapia cognitiva, questo approccio fornisce una mappa completa della personalità utilizzando diciotto schemi, vi integra un insieme di tecniche di cambiamento esperienziale, e utilizza la conoscenza dell'attaccamento e dello sviluppo psicologico per affrontare gli schemi maladattivi derivanti dalle forme di abbandono e di trauma infantile. Diversi studi controllati randomizzati ne hanno dimostrato l'efficacia.

Il tempo non si ferma, e abbiamo riscontrato la necessità di fornire un aggiornamento sulla Schema Therapy. *Contextual Schema Therapy* è un manuale professionale completo che contiene principi chiari e linee guida illustrate per mezzo di esempi clinici. È un testo all'avanguardia poiché dà spazio ai progressi teorici più recenti. La sua impostazione innovativa e integrativa è esattamente nello spirito della Schema Therapy.

Sin dagli inizi, la Schema Therapy ha avuto un approccio fortemente integrativo. Nel 1990, Jeffrey Young ne ha descritto le analogie e le differenze rispetto alle principali psicoterapie, fra cui il modello «riformulato» di Beck, la teoria psicoanalitica, la teoria dell'attaccamento di Bowlby (specialmente i

modelli operativi interni) e l'Emotion-Focused Therapy. Ha raccolto anche contributi provenienti dalla Gestalt, dall'analisi transazionale e dallo psicodramma (Edwards e Arntz, 2012). Rispetto alla maggior parte delle terapie cognitive, la Schema Therapy è maggiormente focalizzata sulle emozioni e più aperta all'esplorazione delle origini infantili e adolescenziali delle difficoltà psicologiche. I problemi attuali del paziente vengono considerati in termini di pattern permanenti che noi chiamiamo «schemi». Tutto ciò è integrato in una teoria cognitiva della personalità basata sulle modalità di elaborazione delle informazioni. Inoltre, la portata, la praticità e l'accessibilità della Schema Therapy la rendono applicabile a una vasta casistica.

Noi crediamo che questo spirito integrativo sia stato un aspetto importante per il successo della Schema Therapy. Nel 1990 Young ha introdotto il modello originale basato sugli schemi, al quale poi, circa dieci anni dopo, ha aggiunto il modello dei «*mode*» (Young et al., 2003). I mode sono schemi attivati. Manifestandosi nel qui e ora della terapia, sono più facili da individuare, seguire e affrontare con l'intervento. Benché negli Stati Uniti il modello di base sia ancora ampiamente utilizzato, nei Paesi Bassi e in Germania la Schema Therapy è stata sviluppata ulteriormente (Arntz e Jacob, 2013) e lì il modello dei mode ha avuto un ruolo centrale sia nella ricerca sia nella clinica. Fino a oggi, tutte le sperimentazioni controllate randomizzate della Schema Therapy conclusesi positivamente si sono basate su questo modello (Jacob e Arntz, 2013).

La Schema Therapy è uno dei principali trattamenti evidence-based per le persone con disturbi di personalità. La ricerca indica che gli aspetti distintivi dei disturbi di personalità sono molto comuni nella popolazione generale. Solo il 23% delle persone è relativamente esente da tali sintomi. Secondo Yang, Coid e Tyrer (2010), oltre il 70% delle persone ha in qualche misura una personalità disturbata. Perciò, una teoria del cambiamento che voglia ambire alla completezza deve considerare i tratti di personalità maladattivi. Esiste già qualche dimostrazione del fatto che la Schema Therapy permette di trattare efficacemente i pazienti con disturbo borderline di personalità sia individualmente (Giesen-Bloo et al., 2006) sia in gruppo (Farrell, Shaw e Webber, 2009). Una rassegna di cinque sperimentazioni sulla Schema Therapy (tre delle quali controllate e randomizzate; Jacob e Arntz, 2013) ha evidenziato una misura dell'effetto media pari a 2,38 (IC 95%, 1,70-3,07). Rispetto ad altri trattamenti specifici per il disturbo borderline di personalità, i tassi di dropout sono ridotti. Ulteriori studi hanno dimostrato l'efficacia della Schema Therapy per i disturbi di personalità dipendente, evitante e ossessivo-compulsivo (Bamelis, Evers, Spinhoven

e Arntz, 2014), e risulta che anche chi ha una personalità antisociale può essere aiutato a cambiare (Bernstein et al., 2012). Pare altresì che la Schema Therapy sia economicamente più vantaggiosa rispetto ad altri trattamenti (Van Asselt et al., 2008). Per una panoramica più dettagliata sull'argomento, si veda Bamelis, Bloo, Bernstein e Arntz (2012).

I recenti progressi nell'ambito della Schema Therapy derivano dalla sua capacità di mantenersi a cavallo della *behavior therapy* sia di seconda sia di terza generazione. L'applicazione del modello dei mode è in linea con l'approccio della terapia cognitivo-comportamentale (TCC) di seconda generazione, dato che la Schema Therapy cerca di ottenere un cambiamento modificando il *contenuto* (in termini di significato) derivante dagli schemi maladattivi precoci attraverso tecniche di cambiamento esperienziale. Da quando, nel 2001, Tara Bennet-Goleman (2001) ha introdotto la *mindfulness* per correggere gli schemi, abbiamo assistito a un'ulteriore evoluzione del modello, che comprende, tra le altre cose, l'integrazione dei concetti di *mindfulness* e di accettazione (Cousineau, 2012; Parfy, 2012; Roediger, 2012; Van Vreeswijk, Broersen e Schurink, 2014). Abbiamo intitolato questo libro *Contextual Schema Therapy* perché il modello è stato rivisto alla luce delle acquisizioni e dei contributi odierni provenienti dalle terapie di terza generazione. Oggi la Schema Therapy ha raggiunto una posizione di equilibrio fra l'attenzione per il cambiamento del *contenuto* dello schema e un approccio alla costruzione di una versione sana del Sé attraverso il cambiamento del modo di *rapportarsi* alle proprie esperienze e di gestirle.

Sosteniamo che la Schema Therapy possa non solo modificare le reazioni di coping all'attivazione degli schemi, ma anche aiutare a essere più consapevolmente coscienti, ad abbandonare i modelli con cui ci si relaziona con il proprio passato che non risultano utili, e a impegnarsi, in generale, per un comportamento sano ed equilibrato. In Germania, ad esempio, la Schema Therapy è già considerata una terapia di terza generazione (Roediger e Zarbock, 2013).

Nella Schema Therapy, l'«adulto sano» è considerato uno dei mode, quindi delle modalità, chiave del processo. Esso rappresenta la salute psicologica, la maturità e la capacità di giudicare. Questo mode ha una buona corrispondenza con il costrutto di *flessibilità psicologica* (Brockman, 2013) e può essere in gran parte descritto e affrontato usando i concetti e le strategie dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl e Wilson, 2012). Il nostro approccio generale, in questo libro, abbraccia i principi basilari dell'ACT a livello pratico, e unisce il focus prevalentemente cognitivo dell'ACT con il focus perlopiù emotivo della Schema Therapy.

Così la Schema Therapy diventa una terapia contestuale (Hayes et al., 2012), pur reggendosi in equilibrio fra gli approcci di seconda e terza generazione, cosa che la rende ancora più flessibile ed efficace. Non pretendiamo tuttavia di fornire qui una teoria esaustiva. Il libro di Jeff Young e colleghi *Schema therapy: a practitioner's guide*<sup>1</sup> (Young et al., 2003) resta fondamentale per il nostro approccio, e facciamo continuamente riferimento alle loro intuizioni pionieristiche.

La Schema Therapy è stata sviluppata a partire dalla psicoterapia cognitiva con l'intenzione di curare i casi difficili aprendosi all'innovazione e a prospettive alternative, nei termini di ciò che Messer (2001) ha definito «integrazione assimilativa». Tale espressione si riferisce alla modalità con cui gli psicoterapeuti assorbono atteggiamenti, prospettive o tecniche diverse nel proprio approccio primario restando ancorati a una cornice concettuale coerente. Questo metodo sistematico va oltre l'elettismo tecnico ed è «autenticamente integrativo» (Young, 2008). Il nostro riferimento teorico è sempre il modello della Schema Therapy. Per noi questo libro è un contributo volto a sviluppare la Schema Therapy affinché sia ancora più in linea con lo spirito integrativo del suo fondatore. Come Young, utilizziamo tecniche derivanti da altri approcci psicoterapeutici in un modo molto specifico, basato sulla concettualizzazione del caso, e le integriamo nella relazione della Schema Therapy. Così, la Schema Therapy è diventata più della somma delle sue parti. Secondo Young (2008), questo approccio si definisce per tre elementi:

- una concettualizzazione del caso basata sul modello dei mode degli schemi;
- una specifica relazione terapeutica che prende il nome di *limited reparenting*;
- l'uso intensivo di tecniche esperienziali quali l'*imagery rescripting* o i dialoghi con le sedie.

Il modello degli schemi è facile da capire e prossimo a una psicologia del senso comune. Nel complesso, questo libro ha un taglio pratico. Le principali domande cliniche sono «Che cosa funziona?» e «Che cosa funziona per i casi più difficili?». Questa è la prova del fuoco per qualunque terapia. Vi aiuteremo a formulare la concettualizzazione generale del caso secondo il modello dimensionale alternativo della quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5<sup>®</sup>; American Psychiatric Association, 2013). Il nostro scopo è fornire ai terapeuti una

---

<sup>1</sup> Young, Klosko e Weishaar (2018), *Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*, Trento, Erickson.

sorta di mappa per pianificare gli interventi e poi personalizzarli in modo specifico, usando delle tecniche efficaci nel contesto di una relazione ricca di calore umano. Nella Schema Therapy questo si chiama *reparenting*, o «rigenitorializzazione», e appare come qualcosa di naturale, dato che è ciò che fanno i buoni genitori con i loro figli!

Speriamo che questo libro possa fornire buone intuizioni ed essere una fonte di ispirazione, che possa cioè essere uno strumento prezioso per lo sviluppo e l'applicazione efficace della Schema Therapy.

**Qualche parola a proposito dell'organizzazione** L'autoriflessione ha un ruolo fondamentale nella Schema Therapy. Perciò nel corso del libro vi inviteremo ad assumere un atteggiamento autoriflessivo seguendo alcuni spunti preceduti dal titolo «Riflessione». Proprio per cominciare in questo spirito, vi proponiamo subito alcuni spunti di riflessione: da quanto tempo esercitate la psicoterapia? Quali cambiamenti avete notato? Quali sono, secondo voi, i progressi terapeutici più significativi avvenuti finora? Riconoscete delle analogie con la Schema Therapy?

Nel libro troverete anche delle sezioni intitolate «Principio», in cui indicheremo i principi chiave utili a guidare il vostro lavoro. Inoltre, forniremo una serie di suggerimenti puntuali (sotto il titolo «Suggerimento per il terapeuta») che vi aiuteranno ad apprendere le abilità cliniche della Schema Therapy.

# 1

## Le basi concettuali

Perché cominciamo questo libro riportando il modello della Schema Therapy alla teoria e riconducendone lo sviluppo ai risultati della ricerca contemporanea in vari campi? Nonostante il nostro tentativo di compendiare l'essenza delle terapie razionali in un approccio coerente e relativamente semplice, non osiamo presentare una teoria unificata. Nondimeno, il fatto di avere un'idea delle teorie su cui si basa la Schema Therapy consente agli psicoterapeuti di capire più a fondo i processi coinvolti. Inoltre, ciò consente loro di sviluppare il modello andando al di là di un approccio puramente pratico (come in una sorta di «ricettario»), e di personalizzare il proprio lavoro adattandolo in modo specifico ai singoli pazienti. Young e colleghi (2003) indicano queste basi teoriche, ma non le descrivono in modo approfondito. Cercheremo di farlo noi qui.

L'approccio della Schema Therapy è mentalmente impegnativo e complesso. Le informazioni che presentiamo in questo libro sono molto dense e la loro comprensione richiede alcune conoscenze di base. Soprattutto per chi ha familiarità con le scoperte della neurobiologia, la Schema Therapy diventerà chiara con la lettura di questo primo capitolo. Con il tempo, la padronanza di questi schemi consentirà di comprendere a fondo i processi coinvolti nella strutturazione del proprio metodo terapeutico, riuscendo ad adattare il metodo allo specifico problema in questione, qualunque esso sia. A ogni buon conto, chi è impaziente di arrivare subito al modello può anche

saltare questo capitolo e passare direttamente al secondo capitolo. Magari, proseguendo nella lettura, l'interesse per i fondamenti teorici aumenterà: in tal caso si potrà tornare a consultare questo capitolo più avanti, quando rapporteremo il nostro metodo pratico alla teoria, in modo da evidenziarne la connessione con le acquisizioni delle ultime ricerche.

### **I bisogni emotivi di base, le emozioni di base e il sistema nervoso autonomo**

I bisogni sono importantissimi. La Schema Therapy è incentrata sul concetto di bisogni emotivi di base (per una rassegna, si veda Lockwood e Perris, 2012). I bisogni umani sono universali e non negoziabili. Una grandissima quantità di ricerche indica che la continua frustrazione dei bisogni emotivi fondamentali influisce negativamente sullo sviluppo infantile, esercitando effetti immediati e a lungo termine sul benessere fisico e psicologico (Vansteenkiste e Ryan, 2013; si veda Ryan e Deci, 2017, per una trattazione approfondita di questo tema). Esistono vari sistemi di bisogni.

**I bisogni di base** Nella piramide dei bisogni ipotizzata da Maslow (1970), si parte dalle necessità biologiche di base (come il cibo e l'acqua) e si arriva, salendo, fino al bisogno di auto-realizzazione, che è il più elevato. Più recentemente, i ricercatori che si occupano della teoria dell'autodeterminazione hanno trovato prove della centralità di tre bisogni emotivi fondamentali per il benessere e lo sviluppo degli esseri umani: il bisogno di autonomia, il bisogno di competenza e il bisogno di relazione (Ryan e Deci, 2017). Nel modello originale sull'argomento, Young e colleghi (2003) hanno indicato cinque bisogni emotivi fondamentali, tra cui la definizione dei limiti che si danno al bambino. A differenza di altri professionisti di quel periodo, Young ha inquadrato i bisogni di base in una prospettiva evolutiva che privilegia il punto di vista del bambino (per un approfondimento, si veda il secondo capitolo). Per Young, il soddisfacimento dei bisogni porta allo sviluppo di schemi sani, mentre la frustrazione dei bisogni porta, per via diretta, allo sviluppo di schemi precoci maladattivi.

Noi abbiamo cercato di postulare il minor numero possibile di bisogni per limitare la complessità del modello che presentiamo in questo libro. Così abbiamo ridotto i tre bisogni descritti da Ryan e Deci (2017) a due bisogni irriducibili, che dal nostro punto di vista sono i poli di un costrutto dimensionale che va dall'orientamento all'attaccamento (o alla connessione/

relazione) all'orientamento all'assertività (che comprende l'autonomia, la competenza e il controllo). Questi poli fanno parte di un orientamento complesso dell'organismo nella sua totalità (si veda la Tabella 1.1) e sono in relazione inversa tra loro: più si cerca l'attaccamento, più occorre sacrificare l'assertività e l'autonomia, e viceversa. Tuttavia, si può puntare a un equilibrio positivo e flessibile.

**Principio** I bisogni di attaccamento e assertività sono i due poli di un orientamento fisiologico, psicologico e sociale che interessa l'organismo nel suo insieme.

### *Il polo dell'attaccamento*

Le relazioni interpersonali sono essenziali per la sopravvivenza degli esseri umani. Rispetto ai cuccioli di altri animali, i bambini si trovano in una condizione di forte immaturità alla nascita e richiedono molte cure durante la maturazione. La sopravvivenza degli esseri umani è favorita da una spinta biologica innata a formare gruppi e a cooperare. Per questo, quando siamo in gruppo ci sentiamo più sicuri che da soli (Gilbert, 2010). Quando siamo in gruppo e ci sentiamo al sicuro, la nostra attivazione emotiva diminuisce, ed entriamo in un sano stato parasimpatico. Normalmente, quando inspiriamo ed espiriamo la frequenza cardiaca oscilla, e questo è segno di flessibilità emotiva. La flessibilità della frequenza cardiaca è un predittore di buona salute. Uno stato di attivazione costante porta invece a una perdita di flessibilità della frequenza cardiaca e a un aumento del rischio di ammalarsi (Porges, 2007).

È risaputo che gli effetti fisici e mentali della solitudine, dell'isolamento e del rifiuto sociale sono gravi (Hawkley e Cacioppo, 2010). Eisenberger, Lieberman e Williams (2003) hanno dimostrato che quando «soffriamo» per un rifiuto, si attivano all'incirca le stesse aree della corteccia insulare che si attivano quando sperimentiamo un dolore fisico. Spesso, d'altra parte, sentiamo parlare del rifiuto come di un «cazzotto nello stomaco» o di una «pugnalata al cuore». Per contro, le persone che godono di relazioni sociali più forti hanno il 50% in più di probabilità di sopravvivenza rispetto a quelle con relazioni sociali più deboli (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris e Stephenson, 2015). Il comportamento prosociale, fra l'altro, attiva direttamente il sistema dopaminergico della ricompensa (Van der Meulen, Ijzendoorn e Crone, 2016) — proprio come le droghe!

**TABELLA 1.1**  
**I due poli dell'organizzazione umana**

<b>Caratteristica</b>	<b>Assertività</b>	<b>Attaccamento</b>
Ramo del sistema autonomo attivato	Ramo simpatico	Ramo parasimpatico (vagale)
Focus dell'attenzione	Esterno	Interno
Tipo di reazione fisiologica	Attivazione del sistema di allarme	Calma, ristoro
Tipo di respirazione	Nel torace	Nell'addome
Tendenza metabolica	Esaurimento	Rigenerazione
Tendenza motoria	Attivazione espansiva	Reazione ricettiva
Tendenza sociale	Centrata su di sé; essere dominante	Prosociale; cercare armonia
Tendenza reattiva	Combattimento o fuga	Cooperazione, che può arrivare alla sottomissione
Polo del bambino attivo in presenza di una minaccia	Polo del bambino arrabbiato	Polo del bambino vulnerabile
Orientamento dei mode critici interni	Eterodiretto	Autodiretto
Direzione dell'azione	Esternalizzante	Internalizzante
Stile di coping (Piaget, 1985)	Alloplastico	Autoplastico
Modalità genitoriale (Lockwood e Perris, 2012)	Paterna (abituata ad autotranquillizzarsi)	Materna (rassicura nell'immediato)

*Il polo dell'autonomia, del controllo e dell'assertività*

Il polo dell'autonomia, del controllo e dell'assertività, che si basa sulle attività del sistema nervoso simpatico, ci consente di combattere o fuggire, e rappresenta la «seconda gamba» su cui ci reggiamo: il bisogno di assertività e autonomia. Quando siamo in questo stato centrato esclusivamente su di sé tendiamo a essere indipendenti e siamo capaci di agire in modo dominante e di raggiungere uno status più elevato nel sistema sociale.

**Principio** Assecondare il bisogno di attaccamento e assumere un atteggiamento cooperativo è una tendenza essenzialmente prosociale, grazie alla quale i gruppi ci accolgono favorevolmente aumentando le nostre probabilità di sopravvivenza. Tuttavia la capacità di combattere o fuggire è importante a livello individuale.

### *Il sistema di allarme*

Quando ci sentiamo minacciati individualmente o quando i nostri bisogni di attaccamento vengono frustrati costantemente, il nostro sistema di allarme si attiva fornendoci l'energia necessaria a combattere o fuggire. Se siamo sufficientemente energici e forti, il fatto di essere esclusi o dominati può suscitare in noi un sentimento di rabbia di tipo secondario, spingendoci a difendere i nostri diritti. Così, possiamo cercare di reggerci sulla gamba dell'assertività per riportare la situazione sotto controllo.

Il successo dell'interazione sociale si basa su un equilibrio positivo e flessibile tra questi due poli del comportamento umano (si veda la Tabella 1.1).

### *Che rapporto c'è fra i bisogni e le emozioni di base?*

Basandosi sullo studio dell'espressione facciale delle emozioni in varie culture, Ekman (1993) ha descritto un sistema di emozioni di base. Successivamente, ha descritto cinque emozioni elementari, di cui quattro negative, ovvero la paura, la tristezza, il disgusto, la rabbia, e una positiva, la gioia (Ekman, senza data). Le quattro emozioni negative sono come le spie rosse sul cruscotto di un'automobile: indicano che c'è qualcosa che non va. La frustrazione del bisogno di attaccamento suscita soprattutto sentimenti di paura o di tristezza. Il disgusto e la rabbia segnalano che il bisogno di assertività o di controllo rimane insoddisfatto. La gioia indica che il sistema di allarme è stato disattivato con successo e che tutti i bisogni sono adeguatamente soddisfatti.

**Reazioni alla frustrazione dei bisogni** Come facciamo a far fronte a una situazione minacciosa al fine di disattivare il nostro sistema di allarme? Nel mondo animale (Cannon, 1915) sono state descritte quattro strategie utili per sfuggire a una minaccia e tornare alla calma. Nella Schema Therapy, queste tendenze reattive di base vengono chiamate *stili di coping*, e sono:

1. *Combattere*. Lo facciamo se vediamo una possibilità di vincere ed essere dominanti. Nella nostra terminologia, questa è la *via dell'assertività* e porta a conquistare l'autonomia, il controllo, la dominanza e il rispetto.
2. *Fuggire* attivamente. Nel modello umano, ciò corrisponde all'evitamento palese e alle attività di autotranquillizzazione.
3. *Congelarsi*, o ritirarsi passivamente attraverso il distacco emotivo, l'attenuazione della reattività generale o la dissociazione.
4. *Seguire* l'avversario, se risulta più forte, al fine di continuare a far parte del gruppo. Nella nostra terminologia, in riferimento agli esseri umani, questa è la *via dell'attaccamento* e porta all'armonia, alla risonanza emotiva e al legame affettuoso.

**Frustrazione dei bisogni e stili di coping** La rabbia ci spinge a combattere. Il disgusto ci induce ad allontanarci e a provvedere a noi stessi (ossia a fuggire). Quando siamo tristi tendiamo a ritirarci (ossia a congelarci). La paura ci spinge verso la sottomissione (o la resa). Lo svantaggio di queste soluzioni è che diventano sbilanciate quando troppo usate e ignorano l'altro polo nello spettro dei bisogni producendo frustrazione dei bisogni stessi e il mantenimento degli schemi. È solo quando siamo in grado di trovare soluzioni flessibili, con uno scambio vicendevole di ruoli, che ci sentiamo in equilibrio e abbiamo la possibilità di sperimentare affetti positivi. La figura 1.1 riunisce tutti questi tasselli all'interno di uno schema complesso, il quale comprende i bisogni, i livelli di attivazione, le tendenze reattive spontanee e la via equilibrata alla gioia e alla distensione. È questo il fondamento teorico su cui basiamo i nostri interventi.

## Sull'attaccamento

Il bisogno di attaccamento ha un fondamento biologico. Panksepp (2011), e prima di lui già Bowlby (1969), hanno descritto un sistema di attaccamento che, agendo in risonanza con un sistema di accudimento interno alla persona che presta le cure, costituisce la base neurobiologica del nostro bisogno di essere in sintonia con le altre persone e prenderci cura di loro. Perciò, quello che noi percepiamo come «amore» si basa in gran parte sulla biologia.

**Principio** I sistemi di attaccamento e accudimento sono il collante del nostro sistema sociale.

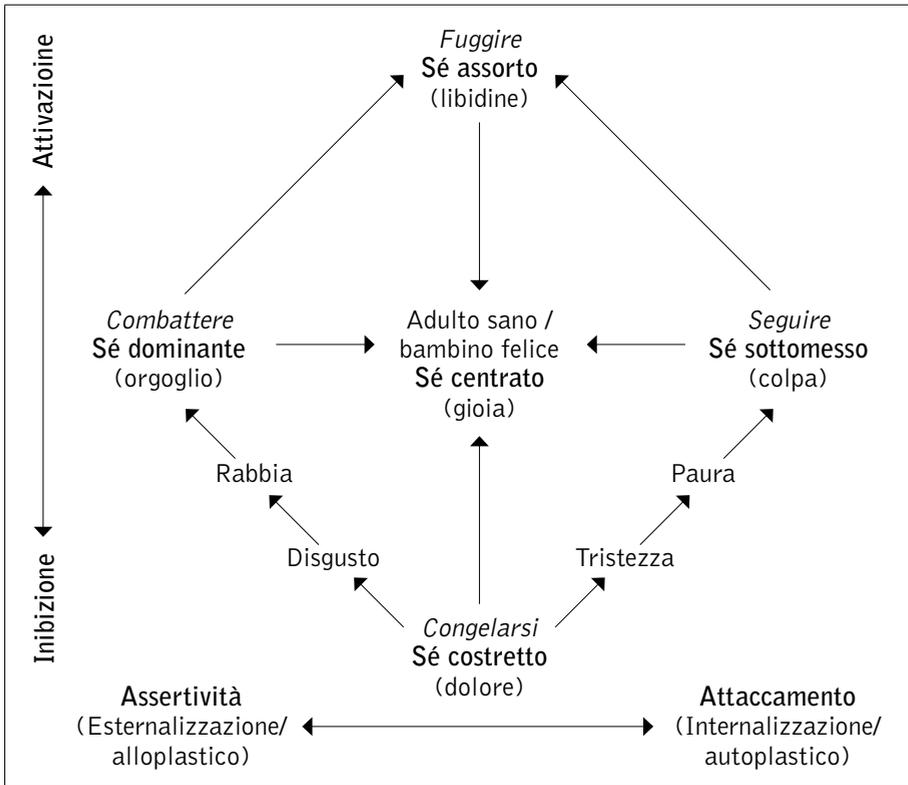


Fig. 1.1 Emozioni di base, stili di coping e autoespressione.

Affinché il bambino sopravviva, è essenziale che sappia suscitare benevolenza nelle sue figure di riferimento. In parole povere, possiamo dire che il bambino deve farsi apprezzare. Quando si guarda il video di Edward Tronick sull'esperimento della «still face», di solito si prova disagio vedendo come l'umore del bambino precipiti nel momento in cui questa risonanza interpersonale viene meno (Tronick, 2009). La riconnessione permette al bambino di rasserenarsi e recuperare uno stato parasimpatico (o vagale). Ma non è solo il bambino a rasserenarsi, in quanto lo stesso succede anche all'adulto, e persino all'osservatore. Questi sentimenti sono legati al rilascio di ossitocina, l'ormone dell'attaccamento.

L'ossitocina è l'ormone prosociale per eccellenza. Esso supporta la fiducia, induce l'intimità e tiene unite le giovani coppie (Kosfeld, Heinrichs, Zak, Fischbacher e Fehr, 2005). Dopo una somministrazione nasale di quest'ormone, le persone con disturbi dello spettro autistico riescono a

guardare un'altra persona negli occhi per venti minuti (Buchheim et al., 2009), durata dell'effetto della sostanza. Non è un messaggio molto romantico, ma alla base di ciò che facciamo per «amore» c'è una gran quantità di ossitocina. Questi sentimenti di empatia si fondano probabilmente sul sistema dei cosiddetti «neuroni specchio» (per una rassegna, si veda Bargh, 2014).

I neuroni specchio colmano la distanza tra le percezioni che abbiamo di noi stessi e degli altri (per una rassegna, si veda Gallagher e Frith, 2003). Purtroppo, questi neuroni non sono «preinstallati», ma devono essere allenati attraverso la stimolazione. Secondo Stern (1985), per lo sviluppo dell'auto-regolazione nel bambino è importante che le figure di accudimento sappiano comunicargli sintonizzazione affettiva. Le figure di accudimento mettono in atto, perlopiù a livello inconscio, una serie di gesti e di comportamenti che riflettono alcuni aspetti essenziali del comportamento del bambino e del suo presunto stato emotivo. Tali atti di rispecchiamento da parte della figura di accudimento formano degli stati mentali coerenti all'interno del bambino.

La sintonizzazione affettiva contribuisce a creare nel bambino una sorta di sensazione preverbale dell'essere capiti, preparandolo allo sviluppo dell'autoregolazione e dell'identità (Winnicott, 1958). Inoltre, apre la strada alla comprensione della mente altrui (Siegel, 1999; si veda la sezione *Mentalizzazione e teoria della mente* in questo capitolo).

**Attaccamento insicuro** La mancata sintonizzazione emotiva nel rapporto con la madre provoca un legame di attaccamento insicuro, uno stile di attaccamento invischiato e un bambino sovrecitato (Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, 1978). Tuttavia, il bambino riesce a ritrovare la sintonia con la madre controllandola. Se la madre non reagisce affatto, si può giungere a uno stato di grave deprivazione e di stress che minaccia la stessa sopravvivenza del bambino. Per questo motivo, utilizzare per troppo tempo il *time-out* o non parlare con il bambino per giorni e giorni è molto nocivo. Per fronteggiare lo stress, il bambino si distacca o impara ad autotranquillizzarsi, strategia che conduce a uno stile di attaccamento evitante. Lo stato di attivazione stenta in questo caso a ridursi, e può essere predittore di molti disturbi psichiatrici e psicosomatici (Hayes et al., 2012; per i particolari, si veda il capitolo terzo). Quando hanno una relazione amorosa, queste persone si chiudono in loro stesse, e usano tale innata vulnerabilità per punire il proprio partner attraverso l'ostruzionismo.

Anche l'approccio della *self-compassion* di Gilbert (2010) ci conduce a simili riflessioni e conclusioni. Nel modello proposto dall'autore, l'attivazione di un Sé compassionevole basato sul sistema di attaccamento è la chiave

## Le tecniche immaginative per il cambiamento dei mode

Consideriamo ora alcune tecniche terapeutiche specifiche per aiutare i pazienti a gestire l'attivazione di schemi disfunzionali. Potremmo definire lo stesso processo anche come l'uscita dai mode maladattivi. In questo capitolo diamo risalto agli aspetti pratici.

### **Introduzione agli esercizi di imagery**

Nella Schema Therapy il passato non è passato. Gli esercizi di *imagery* ci permettono di tornare agli eventi dell'infanzia e di comprendere la vera origine delle attivazioni degli schemi nel presente.

Quando i pazienti chiudono gli occhi e si concentrano sul ricordo di una scena, tale azione li separa dall'ambiente circostante e intensifica in loro l'attivazione emotiva.

In questo modo viene alla ribalta l'elaborazione di informazioni episodiche «calde», di natura emotiva. Recede invece sullo sfondo l'elaborazione di informazioni semantiche «fredde», di natura linguistica. Invece di fermarsi nella memoria semantica, l'*imagery* ci fa attraversare il «ponte affettivo» consentendoci di lavorare con i processi associativi nella memoria episodica. Accediamo così alle vivide immagini delle scene che hanno determinato la formazione degli schemi nell'infanzia. I pazienti arriveranno a capire che dietro l'attivazione di uno schema c'è un episodio accaduto nella loro

infanzia. Questo li aiuterà a prendere le distanze dall'impulso di passare all'atto (si veda la figura 9.1).



Fig. 9.1 I due sistemi di elaborazione delle informazioni nel lavoro di *imagery* (basata su Schacter, 1992).

### *Preparare i pazienti agli esercizi di imagery*

All'inizio, quando si propone un esercizio di *imagery*, i pazienti possono dimostrarsi riluttanti. Le seguenti linee guida possono servire ad accrescere in loro il desiderio di affrontare questo tipo di lavoro.

**Istruzioni** Assicurare ai pazienti che l'*imagery* non ha nulla a che fare con l'ipnosi. Continueranno a essere del tutto padroni di loro stessi e potranno interrompere il procedimento in qualsiasi momento, se si sentono a disagio.

**Occhi chiusi** Il fatto di tenere gli occhi chiusi può aiutare i pazienti a staccarsi dalla situazione presente e a entrare in contatto con il proprio mondo interiore. Chiudete anche voi gli occhi all'inizio dell'esercizio. Se i pazienti continueranno a sentirsi a disagio, date loro la possibilità di concentrarsi su un punto del pavimento o su una parete vuota. Non è indispensabile che i loro occhi siano chiusi.

**Corpo in posizione aperta** L'assunzione di una posizione aperta favorisce il contatto con le emozioni più tenui. Le gambe o le braccia incrociate, invece, fanno sì che il paziente continui a essere nel mode protettore distaccato.

**Comunicare la durata** La durata di un esercizio di *imagery* può andare da 10-15 minuti (per l'*imagery* orientata alle risorse o al futuro) a circa 25-30 minuti (per l'*imagery rescripting*), e, talvolta, anche a 40 minuti (nel *rescripting* di eventi traumatici). Informando i pazienti della durata prevista dell'esercizio eviteremo che si innervosiscano.

### Tipologia di esercizi di *imagery*

Gli esercizi di *imagery* hanno molteplici finalità, che vengono perseguite in vari modi.

- L'*imagery diagnostica breve*, che dura pochi minuti (riprendendo le prime tre fasi dell'*imagery rescripting* descritto più avanti), permette di approfondire l'esperienza del paziente durante le sedute.
- L'*imagery orientata alle risorse* rafforza la self-compassion, il benessere e la cura di sé, portando il paziente nel mode bambino felice.
- L'*imagery rescripting* fornisce al paziente un'esperienza emotiva correttiva e rafforza l'adulto sano.
- Il *rescripting di eventi traumatici* permette di affrontare le esperienze traumatiche con maggiore tranquillità.
- L'*imagery sulla perdita, il lutto e il senso di colpa* aiuta i pazienti a portare a compimento i lutti che si protraggono troppo lungo e le problematiche irrisolte.
- L'*imagery orientata al futuro* prepara i pazienti all'esecuzione degli esperimenti comportamentali.

#### *L'imagery orientata alle risorse*

L'*imagery* orientata alle risorse rafforzerà l'autoefficacia del paziente. Facendo esercizi di questo tipo, i pazienti si renderanno conto di avere la capacità di creare dentro di loro degli stati d'animo positivi, e di non dovere necessariamente continuare a essere vittime delle circostanze. Potranno così togliere gli «occhiali del bambino». Infine, grazie a questo tipo di *imagery*, l'adulto sano si prenderà cura del bambino vulnerabile, proprio come fa un adulto con un bambino vero.

**Principio** Confutare se stessi significa creare una relazione interpersonale tra le componenti dell'adulto sano e del bambino: è come se il Sé del paziente andasse dunque diviso in due parti che interagiscono tra di loro.

Esistono vari esercizi di *imagery* orientati alle risorse; qui vogliamo segnalare tre possibilità che vengono usate spesso e con successo nella Schema Therapy.

- L'*imagery del posto sicuro* è un esercizio piuttosto semplice che serve ad aiutare i pazienti a rilassarsi e a sentirsi al sicuro. Grazie ad esso, l'adulto sano può imparare a creare uno spazio sicuro in caso di necessità. L'esercizio risulta particolarmente utile per i pazienti che hanno subito un abuso.
- La *scansione corporea e la meditazione della sfera di luce* è una tecnica più impegnativa e intensiva che serve a creare un senso di pace più profondo e un sano senso di connessione spirituale.
- L'*imagery di accudimento del bambino vulnerabile* sviluppa le capacità di self-compassion e della cura di sé nei pazienti che hanno un rapporto disturbato con se stessi (ad esempio, si sentono indegni, sporchi e in colpa dopo aver subito un abuso).

### *L'imagery del posto sicuro*

L'*imagery* del posto sicuro è una competenza importante. L'obiettivo è creare un posto sicuro sempre accessibile e sotto il totale controllo del paziente. Ciò è particolarmente importante per chi ha subito un trauma nell'infanzia. Specialmente con i pazienti a bassa funzionalità o traumatizzati, è bene sottolineare che dovranno eseguire i loro esercizi di regolazione emotiva come compito per casa. Solo così potranno imparare a padroneggiare questa pratica.

**Suggerimento per il terapeuta** L'uso dell'*imagery* del posto sicuro fornisce anche a voi, in quanto terapeuti, un'indicazione circa la disponibilità e la capacità dei pazienti di contribuire al proprio miglioramento. Quando supereranno l'eventuale riluttanza iniziale e si abitueranno a eseguire questo esercizio, si sentiranno meglio.

Willia pensava a una spiaggia, il luogo in cui la sua famiglia era sempre andata in vacanza. Questo era il suo ricordo infantile più caro.

La paziente ha spiegato: «Stranamente i miei tendevano essere più gentili tra loro in vacanza. Si andava d'accordo. Si stava meglio senza tutti gli stress della nostra solita vita cittadina».

Affinché sia più facile ottenere buoni risultati con questo esercizio, potete dare ai vostri pazienti dei suggerimenti simili a quelli che seguono. 

1. *Scegliere una posizione confortevole.* Allenti i vestiti che le stringono. Chiuda gli occhi. Cerchi di respirare profondamente nello stomaco. Se le è utile, appoggi una mano sullo stomaco e la scosti delicatamente quando inspira. Faccia qualche respiro lento e profondo e, per quanto possibile, allenti tutta la tensione muscolare.
2. *Creare un luogo completamente sicuro.* Scelga un posto qualsiasi che le piace. Non ci sono limiti, può scegliere qualunque luogo. Si conceda di sognare. Tutti lo fanno! Si assicuri che il posto da lei scelto sia del tutto sicuro e che nessuno vi acceda contro la sua volontà. Eviti di farci entrare altre persone. È un posto riservato a lei soltanto.
3. *Aggiungere altri dettagli.* Usi tutti i suoi sensi. Che cosa vede? Quali suoni o rumori percepisce? Che cosa sente? Quali odori distingue? Può avere anche una casa, in modo che non le manchi nulla di ciò che le serve per sentirsi a suo agio. Animali e personaggi di fantasia sono ben accetti.
4. *Rilassarsi fisicamente.* Si goda la tranquillità del suo respiro e del battito del suo cuore. Senta il calore del suo corpo. Non deve fare nulla, solo stare lì.
5. *Restare un po' nel posto sicuro.* Inizi con cinque minuti. Se l'esercizio procede bene, può rimanervi anche dieci minuti. Non ci resti troppo a lungo, però; meglio semmai esercitarsi più spesso. Se vuole tornare indietro, inizi a contare alla rovescia da dieci a uno. Al tre apra gli occhi, e quando arriva a uno fletta le braccia.
6. *Riflettere.* Riconosce dei cambiamenti fisici o emotivi dopo aver fatto questo esercizio? È lei ad averli provocati! Può tornare nel suo posto sicuro ogni volta che vuole.

Esistono molti modi per creare un posto sicuro. Se il paziente è instabile, scegliete un'immagine semplice, ad esempio una «bolla di sicurezza» (Farrell e Shaw, 2012). La bolla è flessibile, infrangibile, leggera, calda e assolutamente sicura.

I pazienti più stabili sono in grado di sviluppare immagini più complesse, comprese quelle del proprio paradiso personale. Per loro, andare nel proprio posto sicuro sarà come una breve vacanza.

*La scansione corporea e la meditazione della sfera di luce*

L'*imagery* della sfera di luce è probabilmente più vicina a una tecnica di meditazione — da qui la nostra decisione di chiamarla proprio «meditazione». Potete introdurre questo esercizio con una breve scansione corporea, una tecnica di rilassamento che viene usata anche nella Mindfulness-Based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 1990) per stabilizzare e centrare i pazienti (le audioistruzioni sono disponibili online). Potete usare la scansione corporea anche come esercizio a sé stante. La meditazione della sfera di luce può fornire un certo supporto emotivo, creando la sensazione di un flusso di luce che inonda dall'alto il paziente. Essa va a toccare delle parti profonde e può dare un senso di connessione con una fonte esterna di luce e di energia. Questa trascendenza è particolarmente utile per i pazienti sensibili alla spiritualità.

## Scansione corporea

Le linee guida che seguono servono a effettuare la scansione corporea. Provatela voi stessi prima di presentarla ai pazienti in seduta. Cominciate con cinque minuti e prolungate la durata fino a quindici minuti, se volete. 

1. *Chiudere gli occhi.* Sedetevi comodamente tenendo il busto dritto, con la minore tensione possibile. Sentitevi liberi di aggiustare la posizione in modo da essere più rilassati. Allentate i vestiti che stringono.
2. *Cominciare dai piedi.* Concentrate l'attenzione sulla pianta dei piedi. Sentite come toccano terra. Rilassate i piedi e ogni loro dito. Sentite come i glutei poggiano sulla sedia. Il suolo regge tutto il vostro peso. Lasciate andare il più possibile la tensione dalle gambe.
3. *Sentire la schiena sulla sedia.* Cercate di bilanciare la colonna vertebrale. Mettete la testa in una posizione di equilibrio. Provate a muoverla un po' in avanti e un po' indietro, un po' a destra e un po' a sinistra fino a trovare la posizione migliore. Cercate di rilassare i muscoli del collo. Lasciate le braccia penzolari e rilassate le mani e tutte le dita. Tutto pende verso il basso, come gli stracci di uno spaventapasseri.
4. *Respirare nello stomaco.* Cercate di non muovere il torace. Mentre espirate, lasciate uscire un po' di tensione dal vostro corpo. Cercate di respirare nel bacino e rilassate il più possibile tutti i muscoli della zona. All'inizio potrà sembrarvi una cosa poco naturale, ma provate comunque a lasciarvi andare!
5. *Rilassate tutti i muscoli della fronte.* Rilassate anche la zona intorno agli occhi e alle guance. Aprite la bocca, se volete. Lasciate che la vostra atten-

zione vaghi per l'intero corpo e che tutta la tensione se ne vada quando espirate.

6. *Concentratevi sul torace.* Infine, per cinque minuti circa, concentrate l'attenzione sullo spazio dietro lo sterno. Fatelo diventare il vostro centro. Lasciate che tutti i pensieri e gli stati d'animo passino, e restate il più possibile centrati.

La scansione corporea può essere utilizzata come tecnica di rilassamento a sé stante, ma potete anche chiedere al paziente di proseguire con una meditazione di consapevolezza del respiro, descritta nel capitolo settimo, o con qualunque altro tipo di meditazione, in base alla vostra esperienza in questo campo. Una buona opzione è quella che segue.

#### Meditazione della sfera di luce

Potete dedicare a questo esercizio dieci o quindici minuti. 

1. *Concentrarsi sulla testa.* Tenete gli occhi chiusi. Non concentratevi su una zona in particolare. Cercate di immaginare che tutta la vostra testa sia una sfera. Immaginatela come una sfera trasparente. Prendetevi tutto il tempo necessario. Lasciate andare tutti i pensieri e gli stati d'animo che vi attraversano. Se lo desiderate, potete pensare: «La mia mente è aperta».
2. *Il flusso di luce.* Cercate di sentire un fascio di luce costante che dall'alto fluisce dolcemente nella vostra sfera trasparente, rendendola leggera. Dentro di voi potete pensare: «Vivo nella luce». Potreste sentire che il «centro» della vostra mente sale un po' verso la luce: va bene, purché non lasci il vostro corpo.
3. *La sfera di luce.* Lasciate che la vostra sfera di luce si espanda lentamente in tutte le direzioni, verso l'alto, verso il basso e ai due lati. Non sforzatevi, provate solo a lasciare che cresca da sola. La sfera dovrebbe espandersi intorno alle spalle e al petto e sopra la testa, ma senza arrivare al di sotto del petto. La vostra fronte può sentire la luce, ed è tinta di giallo; la zona intorno al cuore diventa calda e arancione. Queste sensazioni si sposano bene con il pensiero «La luce e il calore sono dentro di me».
4. *Nutrire il corpo.* Potete lasciare che la luce dorata irradi dal vostro petto, verso il basso, il vostro corpo. La luce nutre il vostro corpo. Siate consapevoli che esso vi accompagna nella vita come un umile servo. Sviluppate un sentimento di gratitudine nei confronti del vostro corpo, mentre il centro della vostra consapevolezza rimane all'interno della sfera di luce. Concedetevi un po' di tempo per godere del senso di pace che provate in questo momento.

5. *Emanare energia.* Potreste sentire l'energia fluire dalla base del bacino attraverso il vostro corpo. Riconoscetela e lasciatela fluire, restando concentrati sul vostro petto e osservando pacificamente ciò che sta succedendo.
6. *Consapevolezza.* Come vi sentite ora, rispetto all'inizio dell'esercizio? Se percepite un cambiamento, ebbene, esso è stato prodotto dalla vostra mente. Potete ripetere l'esercizio quando volete. La sfera di luce sarà a vostra disposizione ogni volta che sentirete il bisogno di una pausa. Siete in grado di trovare la strada fino a questa fonte di pace interiore, fino al luogo sicuro che sta dentro di voi.

### *Prendersi cura del bambino vulnerabile nell'imagery*

Questo esercizio è utile per i pazienti che hanno difficoltà a prendersi cura di sé. Nella Schema Therapy, rappresenta uno strumento fondamentale per aiutare i pazienti a sviluppare la self-compassion e la capacità di prendersi cura di sé quando sono nel mode bambino vulnerabile.

Gli abusi sono esperienze cariche di conseguenze. È naturale, per le vittime di abusi sessuali o violenze domestiche, avere pensieri negativi su di sé e stare male con se stessi: ciò è dovuto all'interiorizzazione di convinzioni negative. È difficile affrontare questa sfida in termini puramente cognitivi. Curiosamente, molti pazienti abusati sono comunque capaci di prendersi cura dei loro figli adeguatamente. A che cosa è dovuta tale apparente contraddizione? A nostro avviso, il critico interno impedisce a queste persone di applicare a se stessi le risorse che usano per i loro figli. Attraverso l'*imagery*, cerchiamo quindi di reindirizzarle e di aiutare a connetterle anche a se stessi, facendo leva sul sistema di attaccamento innato. Tale connessione va più in profondità della cognizione. Provate il seguente esercizio con un paziente carente sul piano della self-compassion e della cura di sé. 🗣️))

1. Immagini di tornare a casa dal lavoro. È tardi e la luce del giorno comincia ad attenuarsi. Sta camminando per strada. Davanti a lei appare la sagoma di un bambino. Ha circa sei anni. [Nota: il sesso del bambino deve corrispondere a quello del paziente.] Lo vede?
2. Quando si avvicina, si accorge che sta piangendo. Vede le lacrime sulle sue guance? Come si sente? Come le viene da reagire? [Nota: se il paziente reagisce in modo sano, con l'intenzione di soccorrere il bambino, potete continuare nel modo descritto di seguito. Se non dimostra compassione, dovrete prendervi cura voi del bambino

nell'*imagery*, proponendovi come modelli di risposta appropriata per il paziente].

3. Può chiedere al bambino che cosa gli è successo? [Nota: ora voi terapeuti rispondete parlando per conto del bambino, e raccontate un episodio tratto dalla storia del paziente o dal precedente lavoro di *imagery* diagnostico].
4. Che effetto le fa ascoltare la storia del bambino? [Nota: quando il paziente si accorge che si tratta della sua storia, fermatevi e aiutatelo a entrare o a stare nel mode adulto sano].
5. Di che cosa ha bisogno adesso il bambino? Che cosa gli potete dire, e che cosa potete fare per lui? Quali reazioni osservate? Che cos'altro potete fare per lui? Come vi sentite mentre lo accudite?

A fine esercizio, chiedete al paziente di restare con questi stati d'animo per qualche minuto, per poi ritornare nello studio del terapeuta. Questo lo aiuterà a sviluppare delle abilità utili per ritrovare la calma propria dell'adulto sano.

Potete anche assegnare al paziente questo esercizio di *imagery* come compito per casa, che potrà essere svolto riascoltando la registrazione della seduta che eventualmente gli sarà stata consegnata. Chiedete al paziente di entrare in questa immagine autotranquillizzante per qualche minuto ogni sera prima di coricarsi. Ciò potrebbe far parte di un «rituale della buona notte», così come descritto nel capitolo undicesimo.

## L'*imagery* rescripting

Spesso le scene che hanno dato origine agli schemi e che i nostri pazienti portano ancora oggi con sé sono state fonte di dolore e li hanno portati all'evitamento esperienziale. Noi non possiamo annullare il passato né cancellare il ricordo ormai impresso, ma possiamo creare dei nuovi circuiti neurali che inibiscano i vecchi (Hayes et al., 2012). In che modo? L'*imagery rescripting* sfrutta l'attivazione emotiva e ci conduce alle scene infantili originarie. Il rescripting è ciò che, nel lavoro di *imagery*, porta alla guarigione. È qui che il lavoro di Schema Therapy si approfondisce, risalendo alle origini degli schemi. Dopodiché, riscriviamo l'evento sulla base di una rivalutazione, arrivando a un esito migliore per i pazienti.

**Principio** Il rescripting non modifica il ricordo in sé, ma il significato che esso ha per il paziente (Arntz, 2012).

Quando si ritorna indietro nel tempo, attraverso l'uso del float back, all'infanzia del paziente, di solito ci si trova in una scena che il paziente non ha riferito durante la raccolta dell'anamnesi iniziale. Il paziente potrebbe non ricordare l'episodio perché, visto con gli occhi di un adulto, esso non sembra significativo. Tuttavia, attraverso gli occhi di un bambino, la sua rilevanza cambia, e il float back rivela che altre scene, rispetto a quelle emerse dalla narrazione del sé concettuale del paziente, hanno contribuito allo sviluppo degli schemi e hanno portato a un'attivazione emotiva intensa. Quindi, se il vostro paziente arriva in seduta sofferente, dovrete accedere agli schemi sottostanti procedendo immediatamente a un esercizio di *imagery* diagnostico, di cui descriviamo di seguito le prime tre fasi, sempre che egli sia sufficientemente stabile. Ecco una panoramica delle fasi dell'*imagery rescripting* (queste istruzioni, insieme agli altri materiali online che integrano il libro, possono essere scaricate alla pagina delle Risorse online: [risorseonline.erickson.it](http://risorseonline.erickson.it)).

1. *Entrare nell'episodio riferito.* Fermate la narrazione in atto nella seduta e chiedete al paziente di chiudere gli occhi. Lasciate che descriva l'attuale episodio attivante parlando al presente (se non altrimenti specificato) scendendo nei particolari e usando i diversi sensi. Concentratevi sulle emozioni di base e sulle sensazioni corporee attivate, lasciando che l'immagine svanisca.
2. *Usare il float back.* Evitate che ci siano lunghe pause. Fate in modo che il paziente resti attivato concentrandosi sulle emozioni e le sensazioni corporee indotte nella scena.
3. *Lasciare che nella mente del paziente affiori, guidata dalle emozioni, una scena infantile.* Invitate il paziente a descrivere con le parole di un bambino la scena infantile in cui si trova. Tenetelo nella finestra di tolleranza emotiva. Cercate di ottenere un quadro chiaro della situazione vissuta dal bambino. Chiedete al paziente di riferire i sentimenti e le sensazioni corporee che prova. Quando si è attivato «fermate il video» e indagate i *bisogni* del bambino.
4. *Cambiare prospettiva.* Entrate nella scena insieme al paziente, nello stato adulto in cui si trova ad oggi, restando in piedi di fianco a lui. Sondate i suoi sentimenti spontanei. Cercate di liberare la rabbia costruttiva indirizzata verso chi lo ha eventualmente trascurato o abusato. Stabilite qual è il livello di rabbia che potrebbe essere utile esprimere al momento, e decidete come procedere. Potreste sondare i pensieri critici che interferiscono dal backstage usando le tecniche di estensione o di sostituzione, oppure proponendovi voi come modelli.

5. *Rivalutare la scena.* Considerate gli effetti provocati sul bambino dal comportamento della figura di accudimento. Non giudicate quella persona e non date importanza alle sue intenzioni, ma mettetene in evidenza l'egocentrismo. Lasciate che il paziente scelga da che parte stare.
6. *Mettere sotto accusa le figure di riferimento.* Lasciate che il paziente faccia tutto quello che può, ma non lasciatelo solo. Sostenetelo in caso di necessità. Se lo ritenete opportuno lasciate che siano altre persone a prendersi cura delle figure di riferimento. Poi cercate di attivare nel paziente qualche emozione legata al suo lato assertivo.
7. *Prendersi cura del bambino.* Concentratevi sui bisogni del bambino. Chiedete al paziente se prova sentimenti di tenerezza nei confronti del bambino. Tali sentimenti dovrebbero essere autocompassionevoli. Se non ne prova, controllate le voci del mode critico interno e utilizzate la tecnica dell'estensione o della sostituzione, oppure proponetevi voi come modelli.  
Alla fine, lasciate che il paziente prenda le parti del bambino. Verificate con opportune domande la presenza di eventuali variazioni nei suoi sentimenti. Potete fermarvi qui oppure continuare.
8. *Ritornare all'episodio riferito.* Mantenete vivi gli eventuali sentimenti positivi presenti lasciando che l'immagine o l'episodio attivante iniziale ritorni lentamente.
9. *Trovare una soluzione adattiva.* Incoraggiate il paziente, nel mode dell'adulto sano, a trovare una soluzione realistica per il problema iniziale. Verificate con opportune domande la presenza di eventuali sentimenti residui.
10. *Individuare ed enucleare una lezione da apprendere.* Invitate il paziente a confrontare i sentimenti che prova ora con quelli che provava all'inizio dell'esercizio. Si dovrebbe constatare una significativa differenza. Dopodiché, incoraggiate il paziente a riassumere in una frase tutto quello che ha imparato da questa esperienza. Ne emergerà un principio che potrà essere applicato anche ad altre situazioni.

### *Approfondimento sul rescripting*

Qui di seguito aggiungiamo alla descrizione di queste dieci fasi alcuni approfondimenti, che possono aiutarvi nella gestione dei problemi che si presentano tipicamente durante l'*imagery rescripting* e forniamo un esempio di come il terapeuta potrebbe intervenire.

La prima volta che usiamo il rescripting, di solito ci serviamo di un evento recente che il paziente ha portato in terapia. La presenza di forti reazioni emotive segnala l'attivazione di schemi maladattivi.

**1** Entrare nella scena recente concentrandosi sulle emozioni.

Nikki ha cominciato la psicoterapia dopo aver ricevuto una valutazione negativa sul lavoro. Quando il suo capoufficio le ha dato il feedback, ha provato una forte angoscia.

*Terapeuta:* Invece di parlare della situazione, suggerisco di fare un esercizio di immaginazione che ci aiuterà a conoscere meglio i suoi schemi sottostanti. Allora, chiuda gli occhi. Li chiuderò anch'io. Visualizzi un'immagine connessa alla situazione su cui vuole lavorare. Che cosa vede? Quali suoni o rumori sente? Percepisce degli odori o dei sapori? Che cosa sente il suo corpo? Quali sono i suoi sentimenti in questo momento? [Nota: se nell'immagine ci sono altre persone, fate anche la domanda seguente]. Che cosa fanno le persone intorno a lei? Ora lasci che le immagini comincino a scorrere. I suoi sentimenti si intensificano? Ripercorra la parte più intensa della scena al rallentatore. Che cosa prova nel torace e nello stomaco?

**Suggerimento per il terapeuta** Se il paziente parla al presente, proverà un'attivazione emotiva più forte.

**2** Usare il float back.

*Terapeuta:* Lasci che l'immagine svanisca, e rimanga in contatto con questi sentimenti. Ora torni indietro nel tempo fino all'adolescenza o all'infanzia. Quali immagini le vengono in mente? Nella nostra mente ci sono sempre delle immagini, ed è per questo che i nostri sogni sono fatti di immagini quando dormiamo. Quale immagine emerge in questo momento? Me lo dica evitando di commentarla.

Nikki ha immaginato di portare a casa la pagella e di consegnarla a suo padre. Ha paura della possibile reazione paterna.

**Suggerimento per il terapeuta** Quando il paziente torna alla scena della sua infanzia, voi continuate a parlare, in modo tale da indurre uno stato di trance: il paziente resterà concentrato, evitando pensieri che lo possono distrarre. Le vostre parole possono essere una sorta di guida che lo conduce nel passato, verso

la scena. Se smettete di parlare, il silenzio potrebbe favorire la comparsa di pensieri intrusivi.

### 3 Immaginare una scena infantile nel dettaglio.

Quando il paziente sarà tornato indietro nel tempo, con l'*imagery*, chiedetegli di descrivere la scena usando diversi canali sensoriali. Questo accorgimento serve a favorire l'attivazione emotiva. Informatevi sui dettagli, finché non riuscirete anche voi a vedere quello che, internamente al paziente, sta vivendo il bambino. Siate perseveranti. Per descrivere la perseveranza richiesta in questa fase, Fonagy usa l'espressione «atteggiamento curioso» (Fonagy et al., 2004). La ricerca ha dimostrato che è importante attivare la scena chiave nel modo più vivido possibile, per una durata di 1-3 minuti (Dibbets e Arntz, 2016). Quando il paziente sarà sufficientemente attivato, gli potrete chiedere di «fermare il video».

*Terapeuta:* Ora è tutto fermo. Lei ha il telecomando in mano. Non succede niente, lei ha il pieno controllo. Che cosa prova? Di che cosa ha bisogno in questo momento?

Nikki temeva la disapprovazione del padre. La richiesta di identificare ciò che avvertiva a livello corporeo ha intensificato tale sentimento: «Sento una stretta al petto. È forte». Il terapeuta ha detto: «Se diventa troppo forte, alzi una mano. Io posso aiutarla a tornare a sentirsi padrona della situazione». Nikki è riuscita a gestire le proprie emozioni e a proseguire il lavoro di *imagery*.

**Suggerimento per il terapeuta** Una volta che il paziente si è attivato completamente, non soffermatevi troppo sui dettagli. Lo scopo è di raggiungere l'attivazione emotiva, non di indagare la scena nei particolari.

### 4 Cambiare prospettiva: entra in scena l'adulto.

*Terapeuta:* Riesce a immaginare di entrare nella scena da persona adulta quale è ora?

Considerate il fatto che la situazione diventa più sicura se entrate anche voi nella scena, restando in piedi di fianco al paziente. In questo modo potrete intervenire immediatamente qualora il paziente non riesca a riscrivere la scena in modo adeguato.

*Terapeuta:* Che cosa prova adesso, da adulto, entrando nella scena e osservandola?

Durante la descrizione della scena, la rabbia del paziente aumenterà progressivamente.

*Terapeuta:* Che cosa prova adesso, vedendo come ha sofferto il bambino? Come le risuona questo a livello corporeo?

Il paziente deve percepire la forza della sua rabbia. Questo lo aiuterà a opporsi agli eventuali responsabili di maltrattamenti nell'*imagery*.

**Capire se c'è della rabbia bloccata** Se la rabbia resta bloccata, dite una frase come: «Sento che lei è ancora bloccato. Forse è intrappolato nei sentimenti del mode bambino vulnerabile (o del protettore distaccato). Va bene, però significa che dobbiamo fare qualcosa di diverso». Potete seguire due diversi metodi, a seconda del tempo che resta prima della conclusione della seduta e dell'andamento della terapia.

- Prendere l'iniziativa e usare le tecniche di estensione o di sostituzione, descritte nel capitolo quinto. In alternativa, potete procedere con una messa in stato di accusa come terapeuti. Probabilmente questa è la scelta più appropriata nelle prime fasi della terapia o quando la seduta è vicina alla fine. È meglio non essere troppo drammatici quando si usa questa tecnica.
- Andare nel backstage, nel mondo interiore del paziente, e svelare le voci del mode critico esigente o del critico punitivo che impediscono al paziente di provare rabbia (ciò dovrebbe avvenire in una fase più avanzata della terapia, mirando a rafforzare l'adulto sano e stimolare l'assertività).

Si consideri come il terapeuta ha gestito la rabbia bloccata del paziente nel seguente caso esemplificativo.

Nathan non riusciva a provare alcuna rabbia per la scena in cui veniva bullizzato da un gruppo di studenti più grandi. Il suo commento è stato: «Mi sento impotente. Non è giusto arrabbiarsi; non è un'emozione sicura». Il terapeuta gli ha chiesto da chi provenisse tale messaggio. Lui ha risposto: «Mia mamma. Era una donna religiosa e pensava che la Bibbia dicesse che è sbagliato arrabbiarsi». Il terapeuta gli ha ricordato che «anche Dio si è arrabbiato qualche volta nella Bibbia, e Gesù si è arrabbiato con i cambiamonete. Quando ci si arrabbia, si protesta contro un trattamento ingiusto. Non è stato giusto che quei bulli l'abbiano trattata in quel modo. Voglio che lei abbassi il volume della voce del mode critico esigente. Ora riesce a provare un po' di

rabbia per come è stato trattato il bambino nella foto?». Nathan è rimasto un momento in silenzio e poi ho detto: «Sì, sento un po' di rabbia. Non è stato giusto!».

**Suggerimento per il terapeuta** Il vostro paziente può identificarsi profondamente con la fonte di tali messaggi, così come Nathan era identificato con sua madre. Spesso una figura di riferimento si trasforma nel mode critico interno, attraverso un processo di interiorizzazione (si veda il paragrafo *Mentalizzazione e teoria della mente* nel capitolo primo), risultando quindi egosintonica.

### 5 Rivalutare la scena e scegliere da che parte stare.

Questa è una fase critica per molti pazienti. Se il paziente si identifica con troppa forza in un critico interno, rischiate di suscitare un conflitto di lealtà. Per evitare di cadere nelle insidie dei conflitti di lealtà, fate attenzione a non essere troppo aggressivi o duri.

Chloe aveva un critico esigente davvero potente, di cui diceva: «È la voce di mia madre». Il terapeuta si è reso conto che se cercava di contrastare quella voce aveva la peggio: l'influenza della madre, infatti, era troppo profonda. Ha deciso quindi di proseguire con calma e cautela, ed è stato attento a portare la paziente con sé passo dopo passo, proponendo prima alcuni dialoghi con le sedie (si veda il capitolo decimo).

**Concentrarsi sugli effetti** Ancora una volta, scegliete attentamente le parole da usare. Il paziente può avere bisogno di tempo per accettarle a partire dal punto di vista di un adulto. Potete concentrarvi sugli *effetti negativi* che hanno avuto le figure di riferimento, più che sul *giudizio* su di loro. Ciò contribuirà a dimostrare che siete comprensivi.

*Terapeuta (rivolto al critico punitivo):* D'accordo, dobbiamo riconoscere che Tom si dimostra ancora leale nei tuoi confronti. Tuttavia, dal punto di vista di un esterno, devo dire che l'effetto delle tue parole su di lui non gli ha giovato. Tu lo hai paralizzato, hai distrutto la sua autostima e ti sei compiaciuto quando lui ha fallito. Quale che fosse la tua intenzione, non ha funzionato, e ora lui è in terapia. Quindi, noi prendiamo atto che tu non hai un ruolo utile. Ora ti chiediamo di metterti da parte. Subentreremo noi.

**Sondare la risonanza** Dopo una simile affermazione, domandate al paziente com'è risuonata in lui. Fate attenzione a considerare sia l'impatto emotivo

(ad esempio, nel corpo) sia se il paziente ha avuto l'impressione che le vostre parole fossero ragionevoli. Entrambi gli elementi devono essere presenti, se si vuole mettere efficacemente in stato di accusa l'influenza di una figura di riferimento. La combinazione di rabbia costruttiva percepita nel corpo e l'autorizzazione del sé sano è particolarmente potente.

**Lasciate che i pazienti si esprimano con parole loro** Chiedete al paziente di esprimere il messaggio con parole sue, rivolgendosi direttamente alla figura di riferimento. Se tentenna, siate diretti: «Che cosa la irrita in quello che ho detto?». In genere, se siete stati attenti e sensibili il paziente arriverà a convenire con voi.

**Fate attenzione ai conflitti di lealtà** Ci saranno comunque occasioni in cui il paziente sarà in difficoltà. In tal caso, provate a dire una frase come: «Va bene, quindi abbiamo un conflitto fra il suo adulto sano, che vede la verità, e il critico interno, che ancora la contraddice. Che cosa le stanno dicendo?». La risposta potrebbe essere: «Non essere così duro. È tuo padre. È stato maltrattato da bambino. Voleva fare solo il tuo bene...».

Una volta raccolte le affermazioni del critico esigente o punitivo, potete passare a un dialogo con le sedie o chiedere al paziente di mettere da parte quelle voci per un momento. Sottolineate poi come, nonostante le figure di accudimento abbiano fatto del loro meglio, non siano riuscite a provvedere ai bisogni del bambino.

*Terapeuta (rivolto al critico interno):* So che tu volevi fare il bene di Tom, e che questo sembrava essere il modo migliore per incoraggiarlo. Tuttavia il risultato dimostra che non ha funzionato. Quindi ora ti salutiamo e subentriamo noi.

Chiedete poi al paziente che effetto gli ha fatto sentire quelle parole. Ripetete questo procedimento. Cercate, gradualmente, di fargli assumere il punto di vista dell'adulto sano. Non importa se vi bloccate. La cosa più importante è restare in sintonia con il paziente e avviare un processo di disidentificazione dalle figure di riferimento che si esprimono attraverso le voci del critico interno. Potrebbero essere necessari molti tentativi distribuiti su un lungo periodo di tempo. Siate pazienti, e perseverate!

Ricordate di non perdere di vista i seguenti obiettivi quando eseguite l'*imagery rescripting*:

- *aiutare* il paziente a prendere familiarità con la rabbia costruttiva e a usarla efficacemente;