

Schema Therapy

La terapia cognitivo-comportamentale
integrata per i disturbi della personalità

Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko
e Marjorie E. Weishaar

Edizione italiana a cura di
Alessandra Carrozza, Nicola Marsigli e Gabriele Melli

GUIDE
PSICOLOGIA

 Erickson

IL LIBRO

SCHEMA THERAPY

La Schema Therapy, ideata dallo psicoterapeuta newyorkese Jeffrey Young, è un innovativo approccio per il trattamento dei disturbi della personalità e di tutti i casi resistenti alle tradizionali terapie cognitivo-comportamentali.

Una guida per i clinici e i terapeuti che lavorano con pazienti particolarmente problematici e gravi.

Senza contrapporsi in alcun modo alla loro validità, la Schema Therapy si presenta come un modello strutturato, che integra insieme, in una cornice cognitivista, contributi psicodinamici, della Gestalt, della teoria dell'attaccamento e del comportamentismo, al fine di affiancarsi agli strumenti tradizionali di terapia cognitivo-comportamentale, per affrontare più efficacemente i pazienti difficili.

Il volume, arricchito di numerosi casi clinici ed estratti di seduta, presenta il modello e le tecniche cognitive, esperienziali e comportamentali della Schema Therapy, dando particolare importanza alla relazione terapeutica quale strumento di assessment e di intervento.

Una prospettiva
di intervento nuova
e un modello
di approccio
terapeutico efficace
e significativo
per i disturbi
della personalità

GLI AUTORI

JEFFREY E. YOUNG

Docente di psichiatria presso la Columbia University; è il fondatore e il direttore del Cognitive Therapy Center di New York e del Connecticut oltre che dello Schema Therapy Institute.

JANET S. KLOSKO

Co-direttrice del Cognitive Therapy Center di Long Island a Great Neck, New York e psicoterapeuta presso lo Schema Therapy Institute di Manhattan e il Woodstock Women's Health di Woodstock, New York.

MARJORIE E. WEISHAAR

Professore di psichiatria e comportamento umano alla Brown University Medical School, dove ha ricevuto ben due premi per l'insegnamento, insegna terapia cognitiva a medici e psicologi.

€ 39,00

ISBN 978-88-590-1604-5



9 788859 016045

www.erickson.it

SOMMARIO

1. Schema Therapy: il modello teorico	1
2. La fase di assessment e psicoeducazione	69
3. Le strategie cognitive	101
4. Le tecniche esperienziali	121
5. Il cambiamento dei comportamenti disfunzionali	159
6. La relazione terapeutica	193
7. Una strategia specifica per ogni schema	227
8. Strategie d'intervento sui mode (mode work)	305
9. Schema Therapy per il Disturbo Borderline di Personalità	341
10. Schema Therapy per il Disturbo Narcisistico di Personalità	415
Bibliografia	469
Appendice	475

PREFAZIONE

ALL'EDIZIONE ITALIANA

La terapia cognitiva nasce negli anni 60 con il lavoro di A.T. Beck e di A. Ellis che giungono alla formulazione di una teoria ed una pratica clinica fondata sulla modificazione dei pensieri disfunzionali, nei loro contenuti e nelle modalità organizzative, come il punto focale dell'intervento psicoterapico.

Inizialmente, questo approccio viene utilizzato per il trattamento dei disturbi depressivi e dei disturbi d'ansia; successivamente, le dimostrazioni di efficacia portano allo sviluppo di nuovi protocolli di intervento, imponendo, nel corso degli anni, la terapia cognitivo-comportamentale come trattamento preferenziale per i più comuni disturbi di Asse I.

Negli ultimi decenni l'interesse della terapia cognitiva si è rivolto verso l'area dei disturbi di personalità, da sempre terreno delle terapie di derivazione psicodinamica. Ancora una volta è Beck, insieme ad Arthur Freeman, a proporre un protocollo di intervento, una forma di terapia cognitiva più articolata e mirata per ciascun cluster di disturbo di personalità. Da allora sono stati prodotti diversi protocolli clinici per trattare i pazienti con disturbi di Asse II, differenti modelli che hanno analizzato e studiato la difficoltà e la complessità del trattamento dei pazienti difficili, come il modello dialettico-comportamentale di M. Linehan, la terapia metacognitiva-interpersonale di A. Semerari e collaboratori o l'approccio cognitivo-evolutionista proposto da G. Liotti e colleghi.

Negli ultimi anni, le tecniche cognitive e comportamentali sono state integrate con strategie dialettiche, finalizzate all'accettazione, alla validazione ed alla regolazione delle emozioni, con attenzione al potenziamento delle abilità metacognitive del paziente, al fine di poter modificare la qualità delle sue relazioni interpersonali, oltre alla sua capacità di adattamento.

Fra le nuove proposte, la Schema Therapy di Jeffrey Young si presenta come un approccio sistematico, organizzato e metodico per il trattamento dei pazienti con disturbi della personalità o con una grande resistenza al cambiamento, che colma alcune lacune del modello cognitivista attraverso l'integrazione di contributi derivati da altre teorie, come la teoria dell'attaccamento, la teoria della Gestalt, quella psicodinamica e il comportamentismo.

Nello specifico, come il lettore potrà cogliere, nella Schema Therapy l'attenzione per relazione terapeutica, tema spesso sottovalutato o addirittura dimenticato dalla terapia cognitivo-comportamentale, acquisisce un peso strategico fondamentale; inoltre, viene dato particolare peso alle tecniche immaginative ed esperienziali, sottolineando il valore terapeutico delle esperienze di correzione emotiva.

Assunto fondamentale della Schema Therapy è che ciascun essere umano ha, fin dall'infanzia, dei bisogni fondamentali (come ad esempio il bisogno di sentirsi protetto, accudito, contenuto), che richiedono una naturale soddisfazione. Se nell'ambiente evolutivo ciò è mancato in modo continuativo, il bambino sperimenta l'impossibilità di soddisfare i propri "normali" bisogni e sviluppa una valutazione negativa di sé e dell'altro. È in questo contesto che si sviluppano gli Schemi Maladattivi Precoci, che condizioneranno nel tempo lo sviluppo relazionale.

Questi Schemi, fortemente radicati e stabili, sono i fattori di mantenimento del disturbo nei pazienti difficili e con disturbi della personalità.

L'obiettivo terapeutico della Schema Therapy è quello di rendere consapevole il paziente dell'esistenza e del funzionamento di questi schemi e di aiutarlo a trovare strategie di coping più efficaci per riuscire a soddisfare i propri bisogni.

Gli autori, inoltre, hanno proposto un intervento più complesso per trattare i pazienti più gravi, come quelli affetti da Disturbo Borderline o Narcisistico di Personalità. Questo tipo intervento, che il lettore troverà ben descritto nell'ultima parte del manuale, è suggerito quando il paziente presenta repentini cambiamenti emotivi e un numero di schemi molto elevato, che rendono difficile il lavoro sul singolo schema.

In questo caso il modello che proponiamo si basa sul concetto di Mode - forse il concetto più innovativo di questo nuovo approccio - inteso come l'insieme degli stati emotivi e degli stili di coping attivi in un individuo in un determinato momento.

Abbiamo deciso di tradurre questo manuale e di seguirne personalmente la curatela perché riteniamo che l'approccio di Young e collaboratori offra un contributo significativo, anche se non esaustivo, al trattamento dei disturbi di personalità in un'ottica prevalentemente cognitivo-comportamentale. Pensiamo, comunque, che il trattamento dei pazienti gravi non possa prescindere da un certo eclettismo terapeutico e che, di conseguenza, ogni manuale strutturato abbia i suoi grossi limiti.

Apprezzando enormemente e utilizzando ogni giorno le strategie per il trattamento dei disturbi di personalità proposte dai ricercatori, italiani e non, sopra citati, il nostro auspicio non è quello di promuovere in Italia un approccio terapeutico rivoluzionario o migliore di altri, quanto di mettere a disposizione dei colleghi ulteriori strategie che possono risultare utili quando si ha a che fare con quei casi difficili di fronte ai quali qualunque tecnica terapeutica non sembra mai abbastanza efficace.

Ci auguriamo, quindi, che questo nostro contributo possa essere utile a tutti quelli che, come noi, pur avendo una formazione cognitivo-comportamentale, si cimentano nell'impegnativo lavoro terapeutico con i pazienti gravi.

Alessandra Carrozza
Nicola Marsigli
Gabriele Melli

PREFAZIONE

Per quanto risulti difficile da credere, sono già trascorsi nove anni dalla pubblicazione del nostro primo volume sulla Schema Therapy. Nel corso dell'ultimo decennio, l'interesse per il nostro modello terapeutico è andato man mano crescendo e consolidandosi. Molti colleghi negli anni ci hanno rivolto la stessa domanda: "Quando pubblicherete un manuale aggiornato ed esaustivo sulla Schema Therapy?". Con un certo imbarazzo, eravamo costretti ad ammettere che non avevamo ancora trovato il tempo per intraprendere un progetto così impegnativo.

Nonostante le difficoltà iniziali, dopo tre anni di intenso lavoro siamo finalmente riusciti a portare a termine quella che ci auguriamo possa diventare una vera e propria "bibbia" per tutti coloro che praticano la Schema Therapy. Per rendere il nostro lavoro il più esaustivo possibile, abbiamo inserito tutti gli aggiornamenti e gli approfondimenti degli ultimi anni, il nostro modello concettuale revisionato e una descrizione dettagliata delle varie strategie terapeutiche; abbiamo inoltre presentato numerosi casi clinici insieme ad alcuni dialoghi estratti dalle sedute. In particolare, ci siamo dedicati alla stesura di due capitoli che descrivessero in maniera dettagliata un protocollo terapeutico più ampio, specificamente sviluppato per il trattamento dei disturbi borderline e narcisistico di personalità.

Negli ultimi anni, si sono verificati molti cambiamenti nel campo della salute mentale e molti di essi hanno avuto un impatto profondo sulla Schema Therapy. La crescente insoddisfazione dei clinici di vario orientamento per i limiti dei protocolli terapeutici tradizionali è andata di pari passo ad un crescente interesse per lo sviluppo di modelli nuovi, il cui obiettivo fosse quello di integrare i diversi approcci terapeutici. La Schema Therapy è stata uno dei primi approcci a muoversi in questa direzione ed è riuscita ad attrarre molti dei professionisti, dei clinici e dei ricercatori che erano alla ricerca di una legittimazione, così come di una guida, per andare oltre i confini dei modelli terapeutici esistenti.

Un chiaro indicatore del crescente interesse che i clinici nutrono nei confronti della Schema Therapy è la diffusione capillare che lo Young Schema Questionnaire (YSQ) ha riscontrato a livello internazionale; il questionario, impiegato nella pratica clinica e nella ricerca, è già stato tradotto in spagnolo, greco, olandese, francese, giapponese, norvegese, tedesco e finlandese, per citare soltanto alcuni dei paesi nei quali la Schema Therapy viene praticata.

Un altro importante segnale è il successo che i due volumi finora pubblicati sull'argomento continuano ad avere a distanza di dieci anni dalla prima uscita: "Cognitive Therapy for Personal Disorders: A Schema Focused Approach", attualmente alla terza edizione, e "Reinventare la tua vita", un manuale di auto-aiuto

che ha venduto più di 125.000 copie, è stato tradotto in svariate lingue ed è ancora disponibile sugli scaffali delle principali librerie.

Nel corso dell'ultimo decennio, gli ambiti di applicazione della Schema Therapy si sono moltiplicati: oltre che per i disturbi di personalità, essa viene impiegata nel trattamento di una vasta gamma di problematiche cliniche, fra cui i disturbi depressivi cronici, i traumi infantili, gli atti criminali, i disturbi alimentari, la terapia di coppia e la prevenzione della ricaduta nell'abuso da sostanze. Inoltre, viene spesso utilizzata per lavorare sui tratti patologici di personalità predisponenti o sottostanti ai disturbi di Asse I.

Un'altra importante evoluzione è stata raggiunta con lo sviluppo di diversi approcci basati sull'integrazione tra la Schema Therapy e le pratiche meditative. Su come sia possibile combinare la Schema Therapy con la Mindfulness o con altre pratiche tradizionali di derivazione religiosa sono già stati pubblicati tre volumi: "Alchimia emotiva" di Tara Bennett-Goleman, "Praying Through Our Lifetraps: A Psycho-Spiritual Path to Freedom" di John Cecero e "The Myth of More" di Joseph Novello.

Un ostacolo allo sviluppo della Schema Therapy si è invece avuto in seguito all'aumento, negli Stati Uniti, dei programmi di contenimento dei costi per il trattamento dei disturbi di personalità. Per i clinici e per i ricercatori che lavorano in questo ambito è diventato sempre più difficile ottenere i rimborsi dalle assicurazioni e avere accesso ai finanziamenti per i programmi di ricerca, poiché il tempo necessario per il trattamento dei disturbi di Asse II è mediamente più lungo di quello previsto dai protocolli terapeutici tradizionali. Per questo, gli Stati Uniti si trovano adesso in netto svantaggio rispetto a molti altri paesi sia per la promozione della ricerca sia per il trattamento dei disturbi di personalità.

Il taglio dei finanziamenti, infatti, ha posto un freno alla ricerca, ostacolando fortemente lo sviluppo di validi studi di efficacia rivolti all'indagine del trattamento dei disturbi di personalità (un'importante eccezione è rappresentata dall'approccio comportamentale dialettico sviluppato da Marsha Linehan per il trattamento del disturbo borderline di personalità). Questo ha comportato anche per noi delle notevoli difficoltà, impedendoci di ottenere i finanziamenti necessari per portare avanti progetti di ricerca in grado di fornire evidenze empiriche alla Schema Therapy.

Per questo motivo, recentemente ci siamo rivolti ad altri paesi, per poter sviluppare questo ambito di ricerca che riteniamo fondamentale. In particolare, guardiamo con speranza ad uno studio di efficacia, diretto da Arnoud Arntz, che sta per giungere al termine nei Paesi Bassi. Si tratta di uno studio multicentrico, condotto su vasta scala, che mette a confronto la Schema Therapy con l'approccio sviluppato da Otto Kernberg per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità e del quale attendiamo con ansia i risultati.

Nel primo capitolo il lettore che non ha familiarità con la Schema Therapy può trovare una sintesi dei principali vantaggi che questo approccio terapeutico

offre rispetto alle terapie cognitivo-comportamentali tradizionali. Innanzitutto, rispetto alla maggior parte dei protocolli standard, la Schema Therapy presenta un modello teorico e terapeutico più articolato, che amplia ed integra elementi mutuati da vari approcci, quali la terapia cognitivo-comportamentale, le teorie psicodinamiche, la teoria dell'attaccamento e quella della Gestalt. Inoltre, anche se gli elementi della terapia cognitivo-comportamentale sono alla base della Schema Therapy, il cambiamento emotivo, le tecniche esperienziali e la relazione terapeutica rivestono un ruolo altrettanto importante.

Il modello degli schemi da un lato è dotato di una apparente semplicità, dall'altro possiede aspetti più profondi e molto complessi; questa sua versatilità facilita l'approccio e la comprensione sia del terapeuta che del paziente. Anche se il suo modello teorico si fonda, come abbiamo detto, su concetti complessi che spesso, in altri approcci terapeutici, risultano poco comprensibili o addirittura confusivi per il paziente, la Schema Therapy ha il merito di esplicitarli in maniera chiara e comprensibile, mantenendo l'immediatezza della terapia cognitivo-comportamentale (TCC), senza dover rinunciare alla complessità delle teorie psicodinamiche.

La Schema Therapy fa proprie due caratteristiche fondamentali della TCC: è strutturata e sistematica allo stesso tempo. Il terapeuta si attiene alle procedure di assessment e di trattamento descritte. La fase di valutazione include la somministrazione di una serie di questionari volti a misurare l'eventuale presenza di schemi e di stili di coping. La terapia è attiva e direttiva, non limitandosi a promuovere l'insight ma cercando di ottenere il cambiamento cognitivo, emotivo, interpersonale e comportamentale. La Schema Therapy si è dimostrata efficace, oltre che nella terapia individuale, anche nella terapia di coppia, per aiutare entrambi i partner a riconoscere e contrastare i propri schemi.

Un altro vantaggio della Schema Therapy consiste nel suo elevato livello di specificità. Non solo definisce schemi, stili di coping e mode specifici, ma fornisce anche strategie dettagliate per i singoli schemi, fornendo per ciascuno di essi indicazioni dettagliate circa la più appropriata forma di intervento. Anche per quanto riguarda la relazione terapeutica, la Schema Therapy fornisce un metodo semplice e lineare che consente al terapeuta di utilizzarla per comprendere le difficoltà del paziente e lavorarci sopra. È compito del terapeuta, a tale scopo, monitorare, nel corso delle sedute, anche l'attivazione dei propri schemi, dei propri stili di coping e dei propri mode.

Inoltre, la Schema Therapy si distingue per un altro aspetto, probabilmente il più importante: rispetto alle psicoterapie tradizionali la sua impostazione è decisamente più orientata al paziente. Essa tende a normalizzare piuttosto che a patologizzare i disturbi psicologici. Tutti noi sviluppiamo degli schemi, degli stili di coping e dei mode; l'unica differenza è che queste caratteristiche sono più accentuate e rigide nei soggetti clinici. Infine, l'approccio della Schema Therapy è empatico e rispettoso nei confronti dei pazienti, soprattutto di quelli più gravi e, in particolare, di quelli affetti da Disturbo Borderline di Personalità, ai

quali spesso viene riservato un trattamento decisamente poco empatico, per non dire “rimproverante”, nel contesto delle terapie tradizionali. Gli stessi concetti di “confronto empatico” e “parziale reparenting” inducono i terapeuti a sviluppare un atteggiamento accudente nei confronti del paziente. Lavorare sui “mode”, inoltre, facilita il processo di confronto, permettendo al terapeuta di contrastare con forza i comportamenti rigidi e disfunzionali del paziente, senza per questo compromettere l'alleanza terapeutica.

Per concludere, è stato dato particolare rilievo ad alcuni degli sviluppi che hanno interessato la Schema Therapy negli ultimi dieci anni: innanzitutto, abbiamo incluso la nuova lista degli Schemi Maladattivi Precoci, revisionata ed ampliata fino a comprenderne 18, suddivisi in cinque domini. Abbiamo, inoltre, sviluppato due nuovi protocolli terapeutici comprensivi di strategie dettagliate per i Disturbi Borderline e Narcisistico di Personalità. Questi protocolli ampliano e integrano la Schema Therapy, soprattutto attraverso l'utilizzo del nuovo concetto di “mode”. Abbiamo, infine, posto una maggiore enfasi sugli stili di coping, in particolare su quelli di evitamento e di ipercompensazione, e sul processo di cambiamento dei comportamenti disfunzionali volto a modificarli. Lo scopo è quello di aiutare il paziente a sostituire i propri stili di coping disadattivi con altri più funzionali, che gli permettano di soddisfare i propri bisogni emotivi di base.

Con la pratica clinica e il maturare della nostra esperienza, il “parziale reparenting” ha assunto un ruolo sempre più importante nella terapia, in particolare per quanto riguarda il trattamento dei pazienti più gravi. Per questo motivo, riteniamo fondamentale che il terapeuta cerchi di soddisfare, ovviamente entro i limiti della relazione terapeutica, i bisogni che il paziente non ha potuto soddisfare durante l'infanzia. Con il passare del tempo, si è posta maggiore enfasi anche sugli schemi e sugli stili di coping del terapeuta, soprattutto nel contesto della relazione terapeutica.

Ci auguriamo che questo manuale possa offrire al clinico una prospettiva nuova per affrontare i pazienti più difficili e che il nostro approccio terapeutico possa dare risultati significativi con i pazienti più gravi e problematici, per i quali è stato appositamente sviluppato.

LA RELAZIONE TERAPEUTICA

Nella Schema Therapy la relazione terapeutica rappresenta un elemento essenziale sia per quanto riguarda l'assessment che il cambiamento degli schemi. Nell'ambito specifico di questo approccio terapeutico, il rapporto terapeuta-paziente si caratterizza per due aspetti essenziali: l'atteggiamento di confronto empatico e l'utilizzo di una funzione di parziale reparenting. Attraverso il confronto empatico (definito anche valutazione empatica della realtà) è possibile esprimere al paziente comprensione per le motivazioni che lo spingono a perseverare nel mantenimento dello schema, ma, allo stesso tempo, mettere in evidenza la necessità del cambiamento. Esercitando la funzione di reparenting, invece, si cerca di supplire, nei limiti imposti dalla relazione terapeutica, ai bisogni emotivi che i genitori del paziente non hanno soddisfatto durante la sua infanzia. I paragrafi che seguono analizzano il ruolo della relazione terapeutica nell'ambito della Schema Therapy, sottolineandone l'efficacia nella valutazione degli schemi e degli stili di coping e l'importanza come elemento attivo del cambiamento.

LA RELAZIONE TERAPEUTICA NELLA FASE DI ASSESSMENT E PSICOEDUCAZIONE

Durante la fase di assessment, la relazione terapeutica costituisce un valido strumento sia per identificare gli schemi che per aiutare i pazienti a comprenderne la natura. Il terapeuta instaura il rapporto con il paziente, elabora la concettualizzazione del caso, decide quale stile di reparenting sia più adatto al paziente e cerca di stabilire se i suoi stessi schemi possano interferire con lo svolgimento della terapia.

Instaurare un rapporto con il paziente

Anche nella Schema Therapy – come in altri tipi di psicoterapia – la relazione terapeutica comincia instaurando un rapporto di fiducia con il paziente; il terapeuta

si sforza di comunicare empatia, calore e genuinità, fattori che sono stati definiti da Rogers (1951) elementi aspecifici di una terapia efficace. Lo scopo è creare un'atmosfera nella quale il paziente, sentendosi accettato e al sicuro, possa instaurare un legame significativo con il terapeuta.

Nella Schema Therapy, il terapeuta si relaziona al paziente assumendo un atteggiamento di apertura e confidenza, non di distacco e chiusura; non tenta di apparire perfetto, né si atteggia a detentore di un'assoluta conoscenza che non potrà mai essere compresa da chi gli sta di fronte. Piuttosto, lascia emergere la propria personalità e, quando ritiene che possa avere un effetto positivo sul paziente, anche le proprie emozioni. Non disdegna neppure di parlare di sé, se è convinto che comunicare il proprio modo di vedere le cose possa essere d'aiuto al paziente. Il suo obiettivo è cercare di assumere un atteggiamento basato sull'oggettività e la partecipazione. Nella Schema Therapy, è il terapeuta stesso che stimola i commenti dei pazienti su se stesso e sul trattamento: incoraggiarli a esprimere le sensazioni negative nei confronti della terapia aiuta, infatti, ad evitare che queste emozioni possano rafforzarsi fino a creare distacco e resistenza. Qualora ci fosse dei commenti negativi, è opportuno che il terapeuta si ponga in atteggiamento di ascolto senza mettersi sulla difensiva, cercando di comprendere il punto di vista del paziente (naturalmente, questo non vuol dire che debba permettergli di comportarsi in maniera aggressiva – consentendogli magari di gridare o lanciare accuse personali – senza porre dei limiti). Nella misura in cui il commento negativo del paziente è una distorsione generata dagli schemi, il terapeuta tenta di far emergere la verità, aiutando il paziente a identificare e contrastare lo schema attraverso il confronto empatico. Tuttavia, se le critiche del paziente sono fondate è bene che il terapeuta prenda atto degli errori e si scusi.

La Schema Therapy è un approccio che mira ad individuare la “parte sana” del paziente allo scopo di rafforzarla. Alla base di tutto il processo terapeutico vi è, dunque, il potenziamento della persona, che il terapeuta cerca di raggiungere contrastando gli schemi, alleandosi, a tale scopo, con il mode Adulto funzionale.

Il terapeuta elabora la concettualizzazione del caso

La relazione terapeutica permette di evidenziare gli schemi e gli stili di coping del paziente (e del terapeuta). Quando, nell'ambito della relazione terapeutica, si attiva uno degli schemi del paziente, il terapeuta collabora con lui per cercare di identificarlo. Prima di tutto, è necessario esaminare cosa è avvenuto: quali azioni del terapeuta hanno attivato lo schema, cosa ha pensato il paziente, cosa ha provato e come ha reagito. Successivamente, si cerca di analizzare la risposta di coping, inquadrandola in uno dei tre stili: resa, evitamento o ipercompensazione. In seguito, il terapeuta si serve degli esercizi immaginativi per aiutare il paziente ad associare l'evento prima all'infanzia (in modo che possa comprendere quali persone del suo passato hanno favorito l'insorgere dello schema) e poi ai suoi problemi attuali.

Il processo di attivazione degli schemi maladattivi precoci nella relazione terapeutica è simile a quello espresso dal concetto freudiano di transfert: il paziente risponde al terapeuta come se il terapeuta fosse una figura significativa riemersa dal passato, tipicamente uno dei genitori. Tuttavia, la Schema Therapy prevede che il terapeuta discuta con il paziente apertamente e liberamente degli schemi che si attivano durante la relazione terapeutica e degli stili di coping che il paziente utilizza per fronteggiarli, piuttosto che affrontare tacitamente la “nevrosi di transfert” (Freud, 1917/1963) del paziente.

Il caso di Daniel

Il brano che segue è l'estratto di un dialogo tra il dr. Young e Daniel, un paziente che abbiamo già incontrato in precedenza. Di Daniel sappiamo già che, prima di incontrare il dr. Young, è stato in terapia per circa nove mesi da un altro terapeuta del medesimo approccio, il dr. Leon. Gli schemi di Daniel, Sfiducia/Abuso, Inadeguatezza e Sottomissione, sono già stati individuati, così come il suo stile di coping primario: l'evitamento.

Durante la seduta che esaminiamo, il dr. Young, dopo aver guidato Daniel attraverso una serie di esercizi immaginativi, utilizza gli ultimi venti minuti per chiedere a Daniel di parlargli della sua relazione con il dr. Leon; in seguito, cerca di capire se, durante il colloquio, gli schemi del paziente si sono attivati. Il dr. Young comincia a porre a Daniel delle domande che riguardano lo schema Sfiducia/Abuso.

DR. YOUNG: Quando ha iniziato la terapia con il dr. Leon, era diffidente nei suoi confronti?

DANIEL: No, mi sono sempre fidato di lui, mi sono sempre sentito accettato. Mi irritavo, a volte, quando tentava di forzarmi ad abbandonare il mio stile di evitamento, a causa del quale, spesso, evitavo perfino di affrontare questi argomenti in terapia. Allora lui cercava di riportarmi sulla questione, ma questo a volte mi provocava una sensazione di fastidio; anche se sapevo che parlando di cose inutili non facevo altro che perdere tempo. Il dr. Leon tentava solo di farmi lavorare su qualcosa di concreto.

Poi, il terapeuta pone a Daniel delle domande che riguardano lo schema di Sottomissione.

DR. YOUNG: Si è mai sentito controllato dal dr. Leon? Ha mai avuto la sensazione che la obbligasse in qualche modo, che provasse ad esercitare un controllo su di lei...

DANIEL: Sì.

DR. YOUNG: Perché uno degli schemi che vedo qui (*indica lo Young Schema Questionnaire*) è la Sottomissione...

DANIEL: Sì.

Il dr. Young passa ad analizzare la sua relazione con Daniel, cercando di capire se, durante la loro conversazione, gli schemi del paziente si sono attivati. Inizia dallo schema di Sottomissione.

DR. YOUNG: Ha provato qualcosa di simile adesso? Mi riferisco alla sensazione che io stia cercando di controllarla?

DANIEL: No.

DR. YOUNG: C'è stato qualcosa che le ha fatto provare irritazione o arrabbiare per qualche motivo....

DANIEL: Beh, quando ha tentato di forzarmi durante l'esercizio immaginativo ho fatto resistenza, anche se mi sembrava che si stesse svolgendo tutto più agevolmente del solito, perché mi sentivo un po' controllato, come se mi stesse dicendo cosa dovevo fare.

DR. YOUNG: Capisco. Ha provato rabbia o irritazione nei miei confronti?

DANIEL: Irritazione.

DR. YOUNG: E come ha superato questa sensazione? Come è riuscito a proseguire l'esercizio? Ha semplicemente ignorato ciò che provava oppure....

DANIEL: Uhm, mi sembrava che le immagini affluissero in modo naturale, così, anche se ho provato per qualche istante un po' di irritazione, sono andato avanti e basta.

DR. YOUNG: Dunque, appena si è accorto che riusciva ad andare avanti, la resistenza che sentiva è sparita.

DANIEL: Sì.

DR. YOUNG: Ma all'inizio la resistenza c'era....

DANIEL: E avevo anche poca fiducia nella mia capacità di riuscire a visualizzare un'immagine.

DR. YOUNG: Perciò abbiamo due elementi. Da un lato, la sensazione di insicurezza perché non credeva di essere in grado di fare l'esercizio, dall'altro la sensazione di irritazione perché si sentiva controllato da me.

DANIEL: Sì.

Il terapeuta chiede a Daniel se ci sono state altre occasioni in cui, durante la seduta, si sono attivati gli schemi di Sottomissione e Inadeguatezza.

DR. YOUNG: Daniel, ricorda altre situazioni in cui, durante una seduta, si sia sentito controllato da me, oppure abbia dubitato di riuscire a fare un esercizio in modo adeguato?

DANIEL: Quando ha cercato di farmi visualizzare l'immagine di una situazione sociale e farmi vivere le sensazioni di quel momento. Mi è sembrato difficile mettere insieme tutto quello che provavo ed esprimerlo a parole.

DR. YOUNG: E si è sentito insicuro, controllato o entrambe le cose?

DANIEL: Uhm, un po' tutte e due le cose.

DR. YOUNG: Se avesse avuto la possibilità di parlare, cosa avrebbe detto in quel momento la parte di lei che era irritata? Può interpretare per un attimo la parte irritata, in modo che io possa sentire cosa avrebbe detto?

DANIEL: (*nel ruolo della "parte irritata", con voce sprezzante*) "Non mi piace affatto essere costretto a fare questo stupido giochetto".

DR. YOUNG: E cosa avrebbe detto l'altra parte, quella "sana"?

DANIEL: Uhm, avrebbe detto (*nel ruolo della "parte sana"*): "Questo esercizio è importante per te, per la tua crescita personale, per imparare ad affrontare le tue paure e le situazioni che ti creano disagio, in modo da poterle superare".

DR. YOUNG: E cosa avrebbe replicato la parte guidata dallo schema?

DANIEL: (*nel ruolo della parte guidata dallo schema, parlando con freddezza*) "Stai dicendo un mucchio di sciocchezze, perché di certo non funzionerà. È evidente che finora non hai ottenuto dei grandi risultati, cosa ti fa pensare, dunque, che dopo questo esercizio le cose andranno meglio? E poi, chi è lui per dirti di cosa hai bisogno o che cosa devi fare?"

Successivamente, il terapeuta sottolinea che anche lo schema Sfiducia/Abuso – oltre agli schemi Inadeguatezza e Sottomissione – si è attivato, durante la seduta, nella relazione terapeutica.

DR. YOUNG: Inoltre, dal tono con cui ha detto "stupido giochetto", mi è sembrato di percepire una certa diffidenza, come se io stessi cercando di manipolarla, ho capito bene? Le sue parole esprimevano una sensazione di questo genere?

DANIEL: Sì.

DR. YOUNG: Se fosse stato un gioco, che tipo di gioco sarebbe stato? Interpreti per un attimo la parte sospettosa.

DANIEL: Il gioco avrebbe previsto la creazione di una situazione sociale artificiale, irrealistica.

DR. YOUNG: Ha avuto la sensazione che il gioco fosse utile a me piuttosto che a lei, o che in qualche modo potesse ferirla?

DANIEL: Sì, come se le servisse per mettermi allo scoperto.

DR. YOUNG: Per metterla a nudo?

DANIEL: Sì.

DR. YOUNG: In un modo che non le sarebbe stato d'aiuto?

DANIEL: Sì. In un modo che mi avrebbe ferito costringendomi a mostrare la mia intimità.

DR. YOUNG: Facendole provare una sensazione simile all'umiliazione?

DANIEL: Sì.

Il terapeuta tenta di risalire ad altre occasioni in cui Daniel ha provato le stesse sensazioni.

DR. YOUNG: Dunque, per un istante, quando ho le proposto di fare l'esercizio immaginativo, si è sentito come se io stessi violando la sua intimità e la stessi umiliando, anche se è stata solo una sensazione passeggera.

DANIEL: Sì.

DR. YOUNG: Ma subito dopo è stato capace di ignorarla e dire: "No, lo fa per il mio bene"; ma quella parte di lei continua ad essere presente...

DANIEL: Sì.

DR. YOUNG: Ed è proprio quella la parte con cui deve fare i conti nella vita di tutti i giorni, quando incontra una donna o qualsiasi altra persona, è quella la parte che dipende dallo schema e che in pochi istanti la rende diffidente o insicuro, oppure la fa sentire come se gli altri la stessero controllando; spesso le capita di lasciarsi travolgere da queste sensazioni e di non riuscire a reagire ad esse con sicurezza.

DANIEL: È proprio così.

Da quest'esempio, emerge chiaramente in che modo il terapeuta possa utilizzare la relazione terapeutica per far comprendere al paziente la natura dei suoi schemi. È bene sottolineare, inoltre, che il dr. Young ha utilizzato una strategia precisa, ponendo al paziente delle domande specifiche riguardo agli schemi e alla loro attivazione durante la seduta: senza tale intervento, difficilmente il paziente avrebbe sollevato l'argomento.

Ogni paziente assume, durante la seduta, un comportamento tipico a seconda dello schema che presenta: il paziente con lo schema Pretese/Grandiosità, ad esempio, potrebbe chiedere di prolungare la seduta o di fissare gli appuntamenti solo in base alle proprie esigenze; quello con lo schema Autosacrificio potrebbe provare a prendersi cura del terapeuta, mentre quello con lo schema Standard severi potrebbe tendere a criticarlo al minimo errore. Il comportamento del paziente nella relazione terapeutica costituisce un ottimo ambito di osservazione per formulare delle ipotesi sul modo in cui il paziente si relaziona alle persone significative nella vita quotidiana: gli schemi e gli stili di coping che emergono nel rapporto con il terapeuta sono, infatti, gli stessi che probabilmente si attivano quando entra in relazione con gli altri.

Il terapeuta determina gli obiettivi del reparenting: i bisogni emotivi non soddisfatti

Durante l'assessment, il terapeuta ha anche il compito di definire gli obiettivi della funzione di reparenting, identificando i bisogni frustrati del paziente. Per tutta la durata del trattamento, la relazione terapeutica viene utilizzata come strumento correttivo degli schemi del paziente. La funzione di parziale reparenting assunta dal terapeuta fornisce al paziente una "esperienza emozionale correttiva" (Alexander e French, 1946) studiata appositamente per contrastare gli schemi maladattivi precoci.

Per individuare i bisogni frustrati del paziente, è possibile basarsi su diversi elementi: le esperienze che hanno caratterizzato la sua infanzia, le difficoltà interpersonali che lamenta, le informazioni ricavate dai questionari e dagli esercizi immaginativi. Talvolta, però, la fonte di informazioni più ricca è costituita proprio dal comportamento del paziente all'interno della relazione terapeutica. Infatti, come tutto ciò che fa emergere gli schemi e gli stili di coping, anche la relazione terapeutica fornisce indizi per identificare i bisogni frustrati del paziente.

Il caso di Jasmine

Jasmine è una giovane donna che, fin dall'inizio della terapia, manifesta chiaramente il timore di sviluppare una "dipendenza" nei confronti del terapeuta. Si è appena iscritta all'università e sostiene di essere abituata a prendere da sola le proprie decisioni e di non aver bisogno del consiglio né dei genitori né di chiunque altro. La paziente sembra determinata a mantenere la propria indipendenza, ma dopo poche sedute risulta evidente che il suo schema principale è la Deprivazione emotiva: i suoi genitori erano delle persone fredde che, da bambina, la mortificavano ogniqualvolta tentava di chiedere il loro aiuto. "Si aspettavano che risolvessi i miei problemi da sola", racconta al terapeuta. Identificando lo schema di Deprivazione emotiva, il terapeuta si è reso conto che Jasmine, in realtà, non ha mai avuto qualcuno che le facesse da guida; questo gli ha permesso di delineare l'intervento di reparenting più adeguato per soddisfare le sue esigenze e fornirle il punto di riferimento che le è sempre mancato (anche se prima la dovrà aiutare a superare le sensazioni di vergogna che prova all'idea di permettere a qualcuno di occuparsi di lei).

Se si fosse basato esclusivamente sulle affermazioni della paziente e avesse considerato il mantenimento dell'indipendenza come il suo problema principale, il terapeuta, probabilmente, si sarebbe guardato bene dall'offrirle la guida di cui aveva bisogno. Concentrandosi sugli schemi, invece, ha capito che il problema di Jasmine non stava nella mancanza di indipendenza, ma nel fatto che non aveva mai avuto qualcuno da cui poter dipendere e che le sue esigenze affettive erano da sempre rimaste insoddisfatte. La sua funzione di reparenting è stata, di conseguenza, mirata ad aiutare Jasmine ad accettare il proprio bisogno di dipendenza come una normale necessità e a considerare il raggiungimento dell'autonomia come un processo graduale.

Le qualità ideali del terapeuta che applica la Schema Therapy

Una delle caratteristiche fondamentali del terapeuta che pratica la Schema Therapy è la flessibilità. Ogni paziente, infatti, ha bisogno di un particolare tipo di reparenting, a seconda delle esperienze che ha vissuto nell'infanzia; pertanto, il terapeuta deve essere in grado di adeguare il proprio stile in modo che riesca a soddisfare i bisogni specifici di ciascun paziente. A seconda dei casi, dunque, si dovrà focalizzare su diversi aspetti della relazione terapeutica, cercando, ad esempio, di

ottenere la fiducia del paziente, comunicandogli stabilità, offrendogli un sostegno emotivo, assumendo un atteggiamento tollerante nei suoi confronti oppure incoraggiandolo ad acquisire una maggiore indipendenza. Di volta in volta, il terapeuta dovrà essere in grado di instaurare una relazione terapeutica che abbia le caratteristiche necessarie per contrastare gli schemi specifici del paziente.

Come un buon genitore, deve avere la capacità di soddisfare (nei limiti consentiti dal rapporto tra terapeuta e paziente) i principali bisogni emotivi – esaminati nel capitolo 1 – del paziente: (1) legami stabili; (2) autonomia e senso di competenza; (3) possibilità di esprimere liberamente i bisogni e le emozioni; (4) spontaneità e gioco; (5) limiti realistici. L'obiettivo è quello di portare il paziente a interiorizzare, seguendo l'esempio del terapeuta, un modo Adulto funzionale in grado di contrastare gli schemi e promuovere comportamenti funzionali.

Presentazione di un caso

Lily è una paziente di 52 anni, il cui schema principale è la Deprivazione emotiva. Da bambina non ha avuto la possibilità di stabilire un legame emotivo con nessuno; crescendo, si è chiusa sempre più in se stessa, preferendo suonare il violino o dedicarsi allo studio piuttosto che interagire con gli altri. Ha sempre avuto pochi amici e non è mai riuscita a stabilire dei legami profondi. È sposata con Joseph da trent'anni, ma ormai non prova più nessun interesse per il matrimonio. I suoi figli ormai sono adulti e non vivono più in famiglia e la donna trascorre la maggior parte della giornata in casa, dedicandosi alla musica e alla lettura. Durante la fase di assessment, il terapeuta e la paziente individuano, oltre allo schema di Deprivazione emotiva, anche il principale stile di coping di Lily: l'evitamento.

Dopo qualche settimana dall'inizio della terapia, Lily comincia a sentirsi attratta dal terapeuta; rendendosi conto di quanto la sua vita sia carente dal punto di vista emotivo e di come la compagnia del violino e dei libri ormai non riescano più a soddisfarla, la paziente inizia a sentire l'esigenza di cercare qualcosa di diverso. Allarmata e imbarazzata per i nuovi bisogni che emergono in lei, Lily reagisce assumendo un atteggiamento di distacco nei confronti del terapeuta. Rendendosi conto del cambiamento avvenuto nella paziente e, avendo individuato i suoi schemi e i suoi stili di coping primari, il terapeuta ipotizza che in lei si sia attivato lo schema di Deprivazione emotiva e che, per fronteggiarlo, la donna abbia iniziato ad utilizzare uno stile di coping di evitamento.

Il terapeuta decide di porre la questione all'attenzione di Lily, aiutandola ad analizzare le ragioni del suo atteggiamento. Pur non riuscendo ad esprimere al terapeuta l'attrazione fisica che prova nei suoi confronti, Lily gli rivela di provare per lui un interesse particolare e di sentirsi molto a disagio per questo, sottolineando che è da tanto tempo che non prova sentimenti di questo genere per qualcuno. Il terapeuta le chiede di chiudere gli occhi e di immaginare una situazione del passato in cui ricorda di avere provato delle sensazioni di disagio simili a quelle che sta sperimentando adesso. Inizialmente, la paziente afferma di aver

vissuto delle emozioni simili nei confronti del marito, all'inizio della loro vita coniugale; poi, riferisce di aver provato qualcosa di simile anche da piccola, nei riguardi del padre. Lily ricorda un episodio in particolare: stava tornando a casa da scuola, quando vide un bambino che correva tra le braccia del papà; di fronte a questa scena aveva provato un forte desiderio di poter fare la stessa cosa con suo padre e di poter superare la distanza che li separava. Arrivata a casa – ricorda la donna –, si era rintanata in camera sua e aveva suonato il violino per il resto della giornata.

A questo punto, il terapeuta cerca di aiutare la paziente a comprendere le distorsioni che lo schema la induce ad operare all'interno della relazione terapeutica. Innanzitutto, la rassicura dicendole che, a differenza di suo padre, lui accetta volentieri il suo interessamento (se espresso nei limiti adeguati per una relazione terapeutica), che ha tutto il diritto sia di dare che di richiedere attenzioni e che, ovviamente, non verrà rifiutata per questo, ricordandole che con lui può parlare apertamente dei suoi sentimenti senza sentirsi poi obbligata ad allontanarsi. La paziente comprende che il fatto che questo tipo di comunicazione non fosse possibile con il padre non significa che non lo sia con il terapeuta e, di conseguenza, con tutte le altre persone. (In genere, è consigliabile che il terapeuta incoraggi il paziente ad esprimere anche l'attrazione fisica che prova nei suoi confronti, sottolineando, però, con delicatezza e senza farlo sembrare un rifiuto, che tali sensazioni non potranno mai tradursi in comportamenti non adeguati alla relazione terapeutica. È bene, inoltre, ribadire al paziente che, probabilmente, nella propria vita non gli mancherà l'occasione di provare le stesse sensazioni per qualcuno che sarà nella condizione di poterle ricambiare.)

Se, durante la seduta, il paziente mette in atto dei comportamenti ipercompensanti, è opportuno che il terapeuta risponda con oggettività e oculatezza, utilizzando il confronto empatico per mostrare che comprende le ragioni di un tale comportamento, ma, al contempo, deve sottolineare le conseguenze negative che un simile atteggiamento può produrre sia nella relazione terapeutica che nella vita quotidiana. Il caso che segue è un significativo esempio di questo processo.

Presentazione di un caso

Jeffrey è un paziente di 41 anni che ha deciso di rivolgersi ad un terapeuta al termine di una lunga relazione sentimentale con la compagna Josie. La relazione andava avanti da circa dieci anni, ma fin dall'inizio Jeffrey tradiva la compagna ripetutamente: ad ogni tradimento la donna lo lasciava, ma le sue suppliche e le promesse che sarebbe cambiato erano sempre sufficienti a farla tornare da lui. Questa volta, invece, la decisione della compagna è stata irrevocabile. Chiedere scusa non è bastato e Jeffrey ha sviluppato una profonda depressione.

Jeffrey presenta un disturbo narcisistico di personalità (per maggiori dettagli su questo disturbo si veda il capitolo 10). Il suo schema primario è l'Inadeguatezza e il suo principale stile di coping l'ipercompensazione. Il paziente ipercompensa le