

La Schema Therapy per i disturbi evitante, dipendente e ossessivo- compulsivo di personalità

Manuale per la concettualizzazione
e il trattamento

Ambra Malentacchi e Elena Rosin

GUIDE
PSICOLOGIA

Erickson

IL LIBRO

LA SCHEMA THERAPY PER I DISTURBI EVITANTE, DIPENDENTE E OSSESSIVO- COMPULSIVO DI PERSONALITÀ

L'obiettivo della Schema Therapy è aiutare il paziente a soddisfare in modo adattativo i propri bisogni emotivi fondamentali, attraverso la cura e l'espressione di sé, e la costruzione e il mantenimento di relazioni interpersonali sane.

I disturbi evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo di personalità (cluster C) possono essere difficili da individuare perché la loro manifestazione risulta meno evidente rispetto ad altri disturbi.

La Schema Therapy, sostenuta dalla validazione emotiva, aiuta i pazienti con disturbi di personalità del cluster C a sentire ed esprimere le proprie emozioni e bisogni in un contesto di sicurezza, perché possano imparare ad aprirsi e ad avvicinarsi agli altri riducendo il senso di vergogna e ansia. Grazie a strategie cognitive, esperienziali (*chairwork* e *imagery*) e relazionali, i pazienti riceveranno chiare informazioni su cosa provano, sulla differenza tra provare un'emozione ed esprimerla concretamente e su come la terapia può aiutarli a imparare a tollerare il disagio che provano nello sperimentarle. In una fase più avanzata della Schema Therapy,

Il manuale presenta una serie di strategie pratiche, corredate da vignette cliniche, per concettualizzare e trattare i vari disturbi del cluster C.

i terapeuti possono guidare i pazienti a esprimere le emozioni in modo funzionale nell'ambiente giungendo così al cambiamento comportamentale. Attraverso casi clinici e strategie terapeutiche avanzate e integrate, i professionisti troveranno in queste pagine uno strumento indispensabile per affrontare in modo efficace le sfide cliniche legate a questa popolazione di pazienti timorosi, inibiti e controllati. Una risorsa autorevole e pratica, progettata per arricchire il bagaglio di competenze dei terapeuti impegnati nella gestione e nella cura di tali disturbi complessi.

LE AUTRICI



AMBRA MALENTACCHI

Psicologa clinica e psicoterapeuta, schema therapist di livello avanzato, docente e supervisore della Società Internazionale di Schema Therapy (ISST).



ELENA ROSIN

Psicologa clinica e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, terapeuta EMDR, docente e supervisore della Società Internazionale di Schema Therapy (ISST).

€ 34,00



9 1788859110336221

www.erickson.it

Indice

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Prefazione</i> (Scott Kellogg) | 7 |
| CAPITOLO 1 | |
| Schema Therapy per i disturbi di personalità del cluster C | 11 |
| CAPITOLO 2 | |
| Trattamento del disturbo evitante di personalità | 49 |
| CAPITOLO 3 | |
| Trattamento del disturbo dipendente di personalità | 129 |
| CAPITOLO 4 | |
| Trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità | 179 |
| <i>Riflessioni conclusive</i> | 253 |
| <i>Bibliografia</i> | 255 |

Schema Therapy per i disturbi di personalità del cluster C

*La paura è l'emozione più difficile da gestire.
Il dolore si piange, la rabbia si urla, ma la paura
si aggrappa silenziosamente al cuore.*

Gregory David Roberts

I disturbi di personalità del cluster C

Evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo costituiscono il cluster C dei disturbi di personalità (DP), che accumulano gli individui che appaiono ansiosi e paurosi.

I disturbi del cluster C presentano un'incidenza sulla popolazione generale di circa il 3-9% (Hutsebaut et al., 2018).

Essi possono essere difficili da individuare perché la loro manifestazione risulta meno evidente rispetto ad altri disturbi di personalità, le loro svariate condizioni ne ostacolano la corretta diagnosi, e finiscono spesso per diventare l'esclusivo target del trattamento.

In circa la metà dei casi sono associati disturbi d'ansia, dell'umore, e psicosomatici; inoltre c'è una forte associazione con i disturbi del comportamento alimentare, pare che il 45% dei pazienti con anoressia presenti i tratti del cluster C, e più grave è il disturbo alimentare più ciò è probabile (Hutsebaut et al., 2018). Troviamo l'associazione anche con problemi di dipendenza e abuso di sostanze (Verheul et al., 2005).

L'insorgenza dei sintomi è caratterizzata da ansia, controllo o inibizione eccessivi, e i soggetti possono apparire timidi, inibiti, socialmente ritirati, timorosi, apprensivi, diffidenti, rigidi e controllati.

Il funzionamento caratteristico e comune dei disturbi del cluster C è dominato dall'ansia, dall'elevata sensibilità al rifiuto e dalla paura del giudizio negativo, alla cui base c'è un profondo e intenso senso di vergogna, incapacità o inferiorità.

L'eziologia non è chiara, ma possiamo ipotizzare una combinazione tra predisposizione genetica a sviluppare ansia ed evitamento, fattori ambientali collegati a stili genitoriali problematici, e ripetute esperienze negative nei contatti sociali.

Questi DP sono correlati a esperienze di abuso infantile (Lobbestael et al., 2010b), specificatamente di tipo emotivo (differentemente da altri DP dove si presentano abusi fisici e sessuali). L'abuso emotivo è legato all'invalidazione emotiva, al divieto di esprimere pensieri, emozioni e bisogni, alle minacce di abbandono o di punizione, alla svalutazione o umiliazioni da parte dei *caregiver*, e al bullismo da parte dei pari.

In generale i genitori hanno passato al bambino messaggi di disapprovazione in modo esplicito oppure implicito, e non hanno soddisfatto il bisogno di sicurezza, prevedibilità, calore, empatia, apprezzamento per le caratteristiche spontanee, gioco e autonomia.

La sensazione di aver subito umiliazioni, intimidazioni e prepotenze nel corso della vita genera la paura di tutte le situazioni sociali, che sono considerate pericolose in tal senso.

Tra gli aspetti che accomunano il cluster C, vi è poi la paura di sperimentare emozioni intense per cui troviamo una generale inibizione emotiva, definita da Young come l'eccessiva inibizione dell'azione, dei sentimenti o della comunicazione spontanei, di solito per evitare la disapprovazione degli altri, sentimenti di vergogna o la perdita del controllo dei propri impulsi.

Le aree più comuni di inibizione comprendono: inibizione della rabbia e dell'aggressività, inibizione degli impulsi positivi (ad esempio, gioia, affetto, eccitazione sessuale, gioco), difficoltà nell'esprimere vulnerabilità o nel comunicare liberamente riguardo ai propri sentimenti e bisogni, o eccessiva enfasi sulla razionalità ignorando le emozioni (Young et al., 2003). L'inibizione emotiva e il perfezionismo aggravano i sintomi del disturbo di personalità. Sono correlati a problemi interpersonali e giocano un ruolo importante nel loro mantenimento (Dimaggio et al., 2018).

Verranno brevemente distinte le tre categorie di disturbi, per poi iniziare a delineare l'approccio della Schema Therapy (ST) a questo cluster.

Disturbo evitante di personalità (DEP)

Il disturbo evitante di personalità (DEP) è caratterizzato da una modalità pervasiva di sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità alla critica e inibizione sociale, che inizia nella prima età adulta e si manifesta in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti criteri (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5; APA, 2013*).

1. Evitamento delle attività legate al lavoro che implicano il contatto interpersonale perché temono di essere criticati o rifiutati o che la gente possa disapprovarli.
2. Mancanza di volontà di essere coinvolti con le persone a meno che non siano sicuri di essere graditi.
3. Riserva nelle relazioni intime perché temono la derisione o l'umiliazione.
4. Preoccupazione di essere criticati o rifiutati nelle situazioni sociali.
5. Inibizione in nuove situazioni interpersonali, perché si sentono inadeguati.
6. Una visione di sé come socialmente incapace, poco attraente, o inferiore agli altri.
7. Riluttanza nel correre rischi personali o nel partecipare a qualsiasi nuova attività perché possono essere umiliati.

Sintomatologia

La vergogna è l'esperienza emotiva centrale, che deriva dal profondo senso di inadeguatezza percepito in svariate aree della persona, come la difettosità fisica, mentale e fisiologica (come nel caso di sentirsi incapace di controllo sulle funzioni corporee), talvolta si arriva a sentirsi disgustosi. L'individuo ha una paura estrema del giudizio, e teme nelle situazioni sociali o intime che le sue «difettose» caratteristiche personali possano essere viste; tende dunque a evitarle, isolandosi (APA, 2013).

Eziologia

Contesti di sviluppo caratterizzati dalla preoccupazione per l'immagine sociale e il giudizio e dall'ipercriticismo. Il messaggio genitoriale che il bambino riceve è che ha dei difetti per cui non può essere accettato da altri all'infuori della famiglia, e sperimenta vergogna per delle sue caratteristiche o incapacità. Si possono trovare spesso precoci esperienze di emarginazione e rifiuto sociale, vissute come prove di un profondo rigetto da parte dei pari,

oltre a caratteristiche innate che tendono all'ansia e all'evitamento (Johnson et al., 2006; Lobbestael et al. 2010).

Comorbidità

Frequentemente si presentano disturbi depressivi, disturbi d'ansia, disturbo di personalità (ad esempio, dipendente e borderline) (APA, 2013).

Diagnosi differenziale

Sia nei soggetti con fobia (o ansia) sociale che in quelli con disturbo evitante di personalità si trovano evitamento delle situazioni sociali, bassa autostima e alta sensibilità al giudizio (APA, 2013). Ma la fobia sociale spesso è legata a specifiche prestazioni sociali che implicano l'esporsi in pubblico (ad esempio, parlare sul palco), mentre il disturbo di personalità evitante teme in modo più pervasivo tutte le situazioni sociali e relazionali, e la modalità di evitamento non permette di instaurare relazioni sociali soddisfacenti, né di sviluppare le abilità sociali di base. Malgrado tali differenze, talvolta non è facile distinguerle, soprattutto quando la fobia sociale si manifesta con un modello di evitamento più ampio, e va ricordato che possono presentarsi insieme in comorbidità, aggravando il quadro di evitamento comportamentale (Cox et al., 2009).

L'isolamento sociale caratterizza anche il disturbo schizoide di personalità; tuttavia, i pazienti con disturbo schizoide di personalità tendono a isolarsi perché sono disinteressati agli altri, mentre quelli con disturbo evitante di personalità lo fanno per allontanare rifiuto o critiche (Winarick & Bornstein, 2015).

Disturbo dipendente di personalità (DDP)

Il disturbo dipendente di personalità (DDP) è caratterizzato da un bisogno eccessivo e pervasivo di cure da parte degli altri, che conduce l'individuo a un comportamento sottomesso, improntato all'attaccamento e all'evitare l'abbandono. Inizia nella prima età adulta e si manifesta in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti criteri (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5*; APA, 2013).

1. Difficoltà a prendere decisioni quotidiane senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte di altre persone.
2. Necessità di ottenere che gli altri siano responsabili nei più importanti aspetti della vita.

3. Difficoltà a esprimere disaccordo con gli altri temendo la perdita di sostegno o di approvazione.
4. Difficoltà a intraprendere personalmente progetti perché insicuro del giudizio e/o delle abilità (non perché manca di motivazione o di energia).
5. Inclinazione a sforzarsi (ad esempio, fare i compiti sgradevoli) per ottenere il sostegno degli altri.
6. Sentimenti di disagio o di impotenza nei momenti di solitudine, per il timore di non potersi prendere cura di sé.
7. Urgente bisogno di stabilire un nuovo rapporto con qualcuno che fornirà assistenza e sostegno quando finisce una stretta relazione.
8. Preoccupazione irrealistica e paura di essere lasciati soli a prendersi cura di sé.

Sintomatologia

Una caratteristica del disturbo è l'incapacità dell'individuo di stare solo e far fronte in maniera autonoma alla vita; di compiere scelte, prendere decisioni e assumersi responsabilità; di affrontare i conflitti e di affermare sé stesso. Tutto ciò spinge l'individuo a cercare eccessivamente qualcuno che si occupi di lui, e che fornisca continui consigli e rassicurazioni. Si presenta schivo e chiuso, evita di esprimere le proprie opinioni per paura del disaccordo, ha paura di essere abbandonato e rimanere solo senza supporto e assistenza, può sopportare qualunque cosa pur di mantenere i rapporti, perché preferisce essere totalmente sottomesso che affrontare l'indipendenza e l'autonomia (APA, 2013).

Eziologia

La suscettibilità biologica potrebbe combinarsi con un ambiente di sviluppo particolare che scoraggia l'indipendenza, fatta passare e percepita come pericolosa. Spesso si trova una madre iperprotettiva e controllante, incapace di lasciare che il bambino si separi, che si sostituisce a lui anche nelle cose banali, e che lo spinge ad affidarsi agli altri rinunciando all'autonomia. Il messaggio del contesto di sviluppo è che il mondo è pieno di pericoli e lui è incapace di far fronte da solo, dove il senso di incapacità non è legato a una critica esplicita (come per il DP evitante e ossessivo-compulsivo), ma è piuttosto determinato implicitamente dall'iper-protezione e dall'intrusività materna. Il bambino reagisce con passività e adesione a questo modello e inizia a rivolgersi costantemente alla figura di riferimento. Non c'è criticità esplicita come per evitanti e ossessivi. L'ambiente trascura il bisogno di sicurezza e prevedibilità e il bam-

bino sviluppa una paura dell'abbandono a cui reagisce con un'estrema forma di accondiscendenza (Bornstein, 1992, 2005; Brazelton & Greenspan, 2000).

Comorbidità

Frequentemente si presentano anche un disturbo depressivo, d'ansia, da abuso di alcol o un altro disturbo di personalità (ad esempio borderline o istrionico) (APA, 2000).

Diagnosi differenziale

Altri disturbi come quelli depressivi e d'ansia (panico e agorafobia) possono presentare la dipendenza dagli altri, ma più che essere una caratteristica di personalità risulta una conseguenza circoscritta alla condizione del disturbo.

Può anche distinguersi da altri disturbi di personalità che hanno l'ipersensibilità al rifiuto: i pazienti con disturbo borderline oscillano tra sottomissione e le esplosioni di rabbia; quelli con disturbo evitante non tentano in ogni modo di mantenere le relazioni, piuttosto per evitare la critica e il rifiuto si isolano; e quelli con disturbo istrionico cercano attenzione più che rassicurazione e lo fanno in modo appariscente, mentre i pazienti dipendenti appaiono timidi (APA, 2013).

Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP)

Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP) è caratterizzato da una modalità pervasiva di preoccupazione per l'ordine, il perfezionismo, il controllo mentale e interpersonale, a spese della flessibilità, dell'apertura mentale e dell'efficienza, che inizia nella prima età adulta e si manifesta in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti criteri (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5*; APA, 2013).

1. Preoccupazione per dettagli, regole, programmi, organizzazione ed elenchi.
2. Sforzo di fare qualcosa di perfetto che interferisce con il completamento del compito.
3. Eccessiva devozione verso il lavoro e la produttività (non a causa di necessità finanziarie), con conseguente abbandono delle attività per il tempo libero e per gli amici.
4. Eccessiva coscienziosità, meticolosità e inflessibilità per quanto riguarda le questioni e i valori etici e morali.

5. Mancanza di volontà di buttare oggetti usurati o senza valore, anche quelli che non hanno valore sentimentale.
6. Riluttanza a delegare o a lavorare con altre persone a meno che queste persone non decidano di fare le cose esattamente come i pazienti vogliono.
7. Un approccio avaro nello spendere per sé stessi e per gli altri perché vedono il denaro come qualcosa da conservare per futuri disastri.
8. Rigidità e testardaggine.

Sintomatologia

Le persone con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità appaiono controllate, inflessibili, fredde, serie, rigide, incapaci di spontaneità, e si sentono a disagio nei contesti di svago o rilassanti. Possono essere intransigenti in vari aspetti, come quello della moralità e dell'etica. La coartazione emotiva e il rifiuto delle relazioni intime, li spingono a preferire gli aspetti concreti della vita. Si dedicano in modo eccessivo al lavoro e prediligono attività che richiedono precisione o che prevedono regole, norme e procedure, che applicano in modo rigido. Sono eccessivamente esigenti, precisi e attenti ai dettagli: tutto deve essere sotto il loro controllo perché molto preoccupati di fare sempre la cosa «giusta». Possono avere comportamenti rituali e pensieri ricorrenti, nonostante non presentino necessariamente vere ossessioni o compulsioni. Sono preoccupati di cosa l'altro pensa di loro, sebbene non si lascino andare al desiderio di connessione, in quanto nascondono un forte senso di insicurezza e bassa autostima (APA, 2013).

Eziologia

Perfezionismo e rigidità dello stile genitoriale, scarse ricompense e scarso calore, oltre che un'educazione rigida caratterizzata dall'enfasi eccessiva sul controllo, sul perfezionismo e sulle prestazioni, forse hanno responsabilizzato l'individuo in modo non appropriato alla sua età, facendogli vivere una sensazione infantile di mancanza di amore e apprezzamento. I genitori possono essere stati percepiti come freddi, esigenti e insoddisfatti di lui, che si è difeso dall'ansia d'inadeguatezza organizzandosi verso perfezione e rigore nella speranza di evitare la disapprovazione.

Questo ha significato controllarsi in modo estremo, rinunciando ai loro bisogni e desideri e compromettendo il sano equilibrio tra auto-disciplina e bisogno di gioco e spontaneità (Benjamin, 1993; Hertler, 2014; Jacob et al., 2015; McWilliams, 1994).

Comorbilità

Frequentemente si presentano disturbi d'ansia, depressione, disturbi psicosomatici e disturbi sessuali (Simon, 2005).

Diagnosi differenziale

Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità deve essere distinto dal disturbo ossessivo-compulsivo, il cui atteggiamento di controllo è focalizzato sulle compulsioni, che cercano di ridurre l'ansia legata alle ossessioni; nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, invece, il controllo è finalizzato a perseguire perfezione e rigore (APA, 2013).

Anche nel disturbo evitante di personalità c'è l'isolamento sociale, ma questo è ricercato per non sentirsi a disagio nelle relazioni; piuttosto, i pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità preferiscono le attività solitarie perché possono applicare il loro perfezionismo senza venir disturbati o ostacolati dagli altri. Il disturbo di personalità schizoide presenta un distacco interpersonale, ma dipende da una incapacità di base nella sfera dell'intimità, mentre nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità tale freddezza è legata al disagio sperimentato nelle emozioni e alla eccessiva dedizione agli aspetti perfezionistici delle prestazioni (APA, 2013).

Ricerca e sviluppo della Schema Therapy per i disturbi di personalità del cluster C

Dopo il modello dei modi per i pazienti borderline e narcisisti (Young et al., 2003), iniziò a esserne elaborato uno per gli altri disturbi di personalità.

La Schema Therapy (ST) per disturbi di personalità di cluster C è stata sviluppata solo di recente; l'evidenza empirica sulla sua efficacia è ancora piuttosto limitata e la ricerca è in continuo progredire. Tra gli altri, tre studi hanno esaminato l'applicazione della ST a pazienti ricoverati con agorafobia e disturbi della personalità del cluster C (Gude & Hoffart, 2008; Gude et al., 2001; Hoffart & Sexton, 2002), due di questi non avevano condizioni di controllo (Gude et al., 2001; Hoffart & Sexton, 2002) e hanno anche dimostrato effetti del trattamento relativamente bassi. L'altro studio aveva una condizione di controllo che differiva per tipo di gruppo (aperto e chiuso), contenuto, struttura e possibili esperimenti comportamentali (Gude & Hoffart, 2008), e ha dimostrato elevati effetti nel gruppo ST rispetto agli effetti medio bassi

del gruppo di controllo, anche se essi possono essere stati influenzati da una qualsiasi di queste condizioni, oltre che dalla diversa procedura di raccolta dei dati (al gruppo di controllo sono stati inviati i questionari di follow-up per posta, mentre il gruppo ST ha avuto interviste personali).

Malgrado la limitatezza metodologica, le prime ricerche sono state promettenti, e successivamente uno studio ha riportato evidenze di alcuni importanti aspetti della ST (Weertman & Arntz, 2007) in merito all'efficacia nella popolazione del cluster C, sebbene non confrontasse trattamenti diversi.

Più recentemente — per la precisione tra il 2006 e il 2011 — è stato invece condotto un vasto studio multicentrico randomizzato controllato (RCT), in 12 istituti di salute mentale olandesi, che ha confrontato gli effetti della ST, del trattamento di routine (*Treatment As Usual* – TAU) e di una forma di terapia centrata sul cliente sviluppata per i disturbi di personalità (*clarification-oriented therapy*), su pazienti con diverso disturbo di personalità: cluster C, paranoide, istrionico e narcisistico, per un totale di 323 pazienti, assegnati in modo casuale (ST, N = 147; TAU, N = 135; *clarification-oriented therapy*, N = 41), trattati per 50 sedute (Bamelis et al., 2014). I risultati hanno dimostrato una significativa percentuale di pazienti guariti nel gruppo della terapia con ST, con l'81% guarito, rispetto al 61% nella *clarification-oriented therapy* e al 51% nel TAU, e una percentuale di abbandono del trattamento considerevolmente inferiore rispetto al TAU. Nonostante non si sia concentrato esclusivamente sui pazienti con disturbo di personalità del cluster C, questo è stato il primo studio a dimostrare la superiorità della ST per questa popolazione rispetto ad altre psicoterapie, delineando una prima solida base empirica per quanto riguarda l'efficacia, il rapporto costo-efficacia e l'abbandono del trattamento della ST individuale per questi pazienti. Ha individuato anche l'uso del modello dei mode e delle tecniche esperienziali come elementi essenziali del risultato.

Altri studi hanno esaminato l'efficacia della ST nel ridurre i disturbi da sindrome premestruale (SPM) e i sintomi di disturbo di personalità in soggetti del cluster B, del cluster C o con caratteristiche di disturbo di personalità (Renner et al., 2013; Skewes et al., 2015; van Vreeswijk et al., 2012) e hanno riportato importanti risultati in termini di una riduzione degli SPM e di miglioramento dei sintomi del disturbo.

Un interessante studio clinico monocentrico randomizzato in corso in Olanda si propone di confrontare l'efficacia differenziale di tre psicoterapie individuali — Short-term Psychodynamic Supportive Psychotherapy (SPSP), Affect Phobia Therapy (APT) e Schema Therapy (ST) — ed esaminare i fattori predittivi, i mediatori non specifici e specifici della terapia su pazienti con DP

di cluster C, il cui cambiamento nella gravità del DP sarà l'*outcome* primario (Daniëls et al., 2023).

Uno studio (Peled et al., 2017) ha misurato frequenza, intensità e fluttuazione dei mode per caratterizzare l'instabilità dei pazienti con disturbo evitante di personalità, analizzando i segmenti di cinque minuti di 60 sedute. Esso è il primo studio a esplorare empiricamente le fluttuazioni dei mode. I risultati hanno confermato che ciascuna delle modalità concettualizzata per il DP evitante era presente in modo significativo (Protettore evitante, Bambino vulnerabile, Genitore disfunzionale, Arreso compiacente e Adulto sano); la modalità di coping evitante è risultata la più frequente e intensa (74%), in accordo con le aspettative dello studio.

Per quanto riguarda la Schema Therapy di gruppo per il cluster C, uno studio sull'applicazione di questo protocollo per un caso di DEP (Bachrach & Arntz, 2021) ha evidenziato una significativa riduzione della gravità del DP, degli schemi e delle modalità del soggetto, e un notevole miglioramento del livello di funzionamento durante l'anno dopo. Ma, mentre l'efficacia della ST individuale, anche se ancora limitata per questi pazienti, trova una solida base empirica (Bamelis et al., 2015), quella per la ST di gruppo (GST) come trattamento per i cluster C è partita più tardi e alcuni significativi studi sono tutt'oggi in corso.

Le osservazioni preliminari di uno studio multicentrico randomizzato controllato (RCT) in corso, che confronta la ST di gruppo con la terapia comportamentale cognitiva di gruppo per la doppia diagnosi di DEP e disturbo d'ansia sociale (Baljé et al., 2016), e quelle di un recente studio pilota multicentrico non ancora pubblicato (Arntz et al., 2021), suggeriscono risultati promettenti, bassi tassi di abbandono e grandi dimensioni dell'effetto.

La teoria della Schema Therapy

La Schema Therapy è una terapia integrata, elaborata negli anni Ottanta da Jeffrey Young, che, formatosi negli Stati Uniti nella Terapia cognitiva di Beck (TC), si interessò a quei clienti difficili e resistenti che non rispondevano agli approcci di breve durata. Per offrire un modello concettuale e di trattamento che rispondesse alle loro caratteristiche e ai loro bisogni specifici, egli integrò le tecniche cognitive e comportamentali, combinandole con vari approcci, come quello psicoanalitico, costruttivista, la teoria dell'attaccamento, delle relazioni oggettuali e della Gestalt (Young et al., 2003).

Rispetto alla Terapia cognitivo-comportamentale (CBT) standard, la ST si focalizza sulle origini evolutive dei disturbi dei pazienti e offre un'esperienza

emotiva correttiva, avvalendosi di specifiche tecniche esperienziali e dell'effetto della relazione terapeutica.

Alla base della sua teoria, Young identifica cinque bisogni emotivi primari di base, con cui ogni essere umano nasce:

1. attaccamento sicuro
2. autonomia, competenza e identità
3. libera espressione di opinioni, emozioni e bisogni
4. limiti realistici e autodisciplina
5. spontaneità e gioco.

La tassonomia dei bisogni di Dweck (2017) è stata di recente oggetto di interesse per la Schema Therapy perché fornisce prove legate alla letteratura sulla psicologia dello sviluppo, che confermano l'esistenza di bisogni psicologici fondamentali. Nello specifico, Dweck individua tre bisogni presenti alla nascita o nella primissima infanzia: bisogno di accettazione, prevedibilità ottimale e competenza. Nel successivo sviluppo cognitivo essi si combinano tra loro, e si formano altri quattro bisogni: il bisogno di fiducia (che si sviluppa dalla combinazione di accettazione e prevedibilità), il bisogno di controllo (da competenza e prevedibilità) e il bisogno di autostima o status (da accettazione e competenza). Se c'è la percezione che tutti questi bisogni sono soddisfatti, emerge un senso di sé stabile e integrato, collegato al bisogno ultimo di autocoerenza.

Le corrispondenze che possiamo rilevare tra la concettualizzazione di Young e quelli di Dweck (Brockman et al., 2023) sono:

- bisogno di attaccamento sicuro, con il bisogno di accettazione;
- bisogno di autonomia, competenza e identità, con i bisogni di competenza e di autostima;
- bisogno di libera espressione di bisogni, opinioni ed emozioni, con i bisogni di competenza e di accettazione;
- il bisogno di limiti realistici e autodisciplina, con i bisogni di competenza, prevedibilità ottimale e con quello di controllo;
- il bisogno di spontaneità e gioco può essere considerato un modo per soddisfare il bisogno di competenza di Dweck.

Se nello sviluppo — per una combinazione di fattori come sensibilità temperamentale, stile genitoriale ed eventuali episodi traumatici — non vengono soddisfatti questi bisogni emotivi fondamentali, si possono formare gli schemi maladattivi precoci (SMP). Young li definisce come dei temi disfunzionali in misura significativa, estremamente stabili e duraturi, costituiti da ricordi, emozioni, cognizioni e sensazioni corporee riguardanti sé stessi e la propria relazione

con gli altri, che si sviluppano durante l'infanzia o l'adolescenza, e che vengono elaborati nel corso della vita dell'individuo (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

Sono stati individuati 18 schemi maladattati precoci: deprivazione emotiva, abbandono/instabilità, sfiducia/abuso, esclusione sociale/isolamento, inadeguatezza/vergogna, fallimento, dipendenza/incompetenza, vulnerabilità al pericolo e alle malattie, invischiamento/sé poco sviluppato, sottomissione, autosacrificio, inibizione emotiva, standard severi/iper criticismo, pretese/grandiosità, autocontrollo o autodisciplina insufficienti, ricerca di approvazione e riconoscimento, negativismo/pessimismo e punizione.

Anche se gli SMP sono presenti in tutte le persone, nei disturbi psicopatologici si manifestano in modo più rigido ed estremo.

Per gestire il disagio emotivo degli SMP possono essere adottate tre strategie di coping: ipercompensazione, evitamento e resa.

Attraverso il meccanismo dell'ipercompensazione l'individuo combatte lo schema cercando di sentirsi, comportarsi e pensare come se fosse vero il contrario (ad esempio, schema di sfiducia/abuso: per non sentirsi una vittima, si tenta di soggiogare gli altri diventando dunque il carnefice).

Con l'evitamento l'individuo cerca di fare in modo che lo schema non venga attivato, bloccando emozioni, pensieri o immagini, o evitando situazioni (ad esempio, schema di sfiducia/abuso: per non fare attivare lo schema si evitano le relazioni intime).

Mediante la resa l'individuo non tenta di combattere o evitare lo schema, ma vi si arrende, accettandolo come vero e comportandosi in modo da confermarlo (ad esempio, schema di sfiducia/abuso: si scelgono partner violenti).

Questi stili di coping corrispondono alle tre innate risposte alla minaccia (lotta, fuga e congelamento), e hanno in effetti a che fare con la sopravvivenza; infatti, anche a livello psicologico, inizialmente essi hanno una funzione adattiva rispetto a un ambiente malsano che non soddisfa i bisogni del bambino, lo proteggono e lo aiutano a sopravvivere. Nel tempo però viene persa tale funzione adattiva e, di fatto, nel corso della vita diventano delle reazioni che concorrono a mantenere gli schemi, che non vengono messi in discussione (Young et al., 2003), perpetuando sintomi e problematiche dell'individuo.

Dato che la ST nasce per trattare i pazienti più difficili, non stupisce che inizialmente sia stata largamente applicata ai disturbi borderline di personalità, che rappresentavano una categoria considerata non trattabile. I pazienti borderline caratterizzati da un'elevata complessità, una grande quantità di SMP — tanti che si attivano simultaneamente e da un repentino cambiamento di umore e di atteggiamento —, spinsero Young a elaborare il passaggio dagli schemi al concetto dei mode per poterli trattare più efficacemente (Young et al., 2003).

Un mode riflette lo stato del paziente in un dato momento e comprende più schemi che si attivano contemporaneamente e la relativa risposta comportamentale.

Possiamo identificare le seguenti categorie di mode disfunzionale.

- *Genitore*: esigente/critico e punitivo.
- *Bambino*: vulnerabile, arrabbiato/furioso, impulsivo, indisciplinato.
- *Di coping*: resa, evitamento o ipercompensazione.

Inoltre, troviamo il mode *Adulto sano*, che il trattamento mira a potenziare, e il *Bambino felice*, che nei pazienti gravi risulta solitamente molto poco presente.

Attraverso il *modework*, il terapeuta aiuta il paziente a ridurre i mode di coping disfunzionali, a combattere i mode Genitore e a curare i mode Bambino, rafforzando il mode Adulto sano del paziente, che impara a gestire da solo gli altri mode in maniera funzionale e che sarà integrato al Bambino felice alla fine della terapia.

La teoria e il trattamento hanno trovato applicazione ad altri disturbi della personalità, come inizialmente il disturbo narcisistico, e si è allargato poi a tutti i disturbi di personalità, individuando nuovi specifici mode su cui lavorare.

Modalità espressive dei disturbi di personalità del cluster C

Questi pazienti hanno dei mode del Bambino vulnerabile caratterizzati in generale da una estrema insicurezza e da emozioni quali paura, vergogna, incapacità, inferiorità e impotenza.

A livello comportamentale si presentano fortemente difesi: fanno uso infatti di strategie di coping molto rigide, che mirano alla sicurezza, in risposta ai sottostanti sentimenti del Bambino vulnerabile. Esse sono rappresentate prevalentemente da spiccato evitamento e iper-controllo, che possono essere molto difficili da superare, anche in terapia.

I mode Genitore disfunzionale sono censori severi e colpevolizzanti, e attaccano il Bambino vulnerabile del paziente, rinnovando le sensazioni più allarmanti e dolorose attraverso messaggi critici e inibenti, che spesso i pazienti faticano anche a esprimere al terapeuta, visto che aumentano in modo insopportabile il senso di intima vergogna e fanno scattare le abituali difese.

Arntz (2012) identifica dei mode tipici che si manifestano più comunemente nei DP del cluster C (tabella 1.1); questi verranno poi ripresi nei capitoli che seguono in cui è presentato il trattamento specifico per ogni disturbo.

TABELLA 1.1
Elenco dei *mode* più comuni nei disturbi di personalità del cluster C
(Arntz, 2012)

| Mode | Descrizione |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Mode di coping</i> | |
| Protettore evitante | Utilizza l'evitamento situazionale come strategia di sopravvivenza. Porta alla solitudine, al rinvio di decisioni e compiti importanti e a una vita vuota e noiosa. |
| Protettore distaccato | Usa il distacco dai bisogni interiori, dalle emozioni e dai pensieri come strategia di sopravvivenza. Sebbene ci possa essere un contatto interpersonale, c'è una mancanza di connessione. La persona si sente vuota. |
| Arreso compiacente | Utilizza il conformarsi ai desideri degli altri e sopprimere i propri desideri come strategia di sopravvivenza. La strategia servile potrebbe creare risentimento interiore. |
| Perfezionista ipercontrollante | Utilizza il controllo eccessivo e il perfezionismo come strategia per evitare di commettere errori e/o essere colpevoli di cose che vanno male. |
| Auto-esaltatore | Atteggiamento di superiorità per compensare sentimenti interiori di inferiorità, inadeguatezza o dubbi. |
| <i>Mode bambino</i> | |
| Bambino vulnerabile | Termine generale per qualsiasi stato in cui la persona si sente come un bambino vulnerabile senza l'aiuto di altre persone di cui ci si può fidare per ricevere protezione, cure e sicurezza. Include le modalità bambino elencate di seguito. |
| Bambino abbandonato/abusato | Stato in cui la persona avverte l'abbandono o l'abuso vissuto da bambino, e teme la ripetizione di tali esperienze. |
| Bambino solo/inferiore | Stato in cui la persona avverte la solitudine e/o l'inferiorità vissuta da bambino. |
| Bambino dipendente | Stato in cui la persona sente, pensa e agisce come un bambino di fronte a compiti (pratici) che non sa gestire. |
| <i>Mode genitore interiorizzato</i> | |
| Genitore punitivo | Interiorizzazione delle risposte punitive dei genitori/tutori a bisogni, espressioni emotive, assertività, autonomia. Di solito porta a sentimenti di colpa. |
| Genitore esigente | Interiorizzazione di elevate richieste da parte di genitori/tutori in materia di produttività, perfezionismo, status sociale e questioni morali. Non soddisfare gli standard porta a sentirsi male e vergognarsi. |

| <i>Mode funzionali</i> | |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adulto sano | Stato in cui la persona si prende cura di sé e degli altri in modo sano e maturo. Buon equilibrio tra i propri bisogni e quelli degli altri. |
| Bambino felice | Stato in cui la persona è giocosa e gioiosa come un bambino felice. È generalmente debole nei PD del cluster-C. |

Obiettivi del trattamento del cluster C

L'obiettivo della Schema Therapy in generale è aiutare il paziente a soddisfare in modo adattativo i propri bisogni emotivi fondamentali, attraverso la cura e l'espressione di sé, la costruzione e il mantenimento di relazioni interpersonali sane (Young et al., 2003).

Questo comporta spesso la riduzione dei comportamenti di coping, che hanno delle grosse ricadute negative che mantengono gli SMP e lo sviluppo di alternative più adattive.

Il lavoro sui mode del paziente riguarda:

- fornire le esperienze emotive correttive (*limited reparenting*) ai mode Bambino;
- eliminare il più possibile le modalità punitive ed esigenti dal sistema;
- indebolire e superare i mode di coping disfunzionali;
- modellare il mode Adulto sano del paziente (in maniera che sviluppi atteggiamenti funzionali verso i propri bisogni e le proprie emozioni e impari a comunicare in modo assertivo, socializzare, fissare standard, principi morali equilibrati, bilanciare responsabilità e divertimento).

Questo processo inizia dall'identificazione dei bisogni primari del paziente non soddisfatti in infanzia e adolescenza, che diventano il target del trattamento.

Nel gruppo dei pazienti del cluster C, lo stile genitoriale e l'ambiente di sviluppo hanno frustrato in modo particolare il bisogno di validazione e della libera espressione di bisogni, emozioni e opinioni. È importante, in generale, che il terapeuta favorisca l'elaborazione emotiva delle esperienze infantili riconoscendo e legittimando questi aspetti.

La terapia è sostenuta dalla validazione emotiva, e aiuta il paziente a sentire ed esprimere le proprie emozioni e bisogni in un contesto di sicurezza, perché possa imparare ad aprirsi e ad avvicinarsi agli altri riducendo il senso di vergogna e ansia. È importante mirare a ottenere più spontaneità, relax e

divertimento nella propria vita e a svilupparsi verso l'autonomia, il senso di competenza e l'accettazione della parte autentica di sé.

Gli obiettivi specifici per i pazienti del cluster C sono:

- connettersi con le proprie emozioni e i propri bisogni
- imparare a esprimere bisogni ed emozioni (soprattutto rabbia e gioia)
- entrare in relazione con l'altro in modo più aperto e autentico
- affrontare difficoltà ed errori
- ridurre il senso di vergogna e ansia
- sperimentare divertimento e spontaneità.

Per perseguirli, nella preziosa cornice del legame tra paziente e terapeuta, il trattamento utilizza in modo flessibile e dinamico una varietà di strategie illustrate di seguito.

Strategie per il cluster C

La Schema Therapy si avvale di quattro tipi di tecniche: cognitive, esperienziali, comportamentali e relazionali.

Per il cluster C, solitamente quelle esperienziali sono più difficili da implementare e quelle di cui più hanno bisogno questi pazienti così inibiti, controllati e, in generale, difesi.

Strategie cognitive

Delle tecniche cognitive che la ST usa solitamente, quelle più adatte agli obiettivi per questi pazienti sono la psicoeducazione, le liste pro e contro e le *flashcard*.

Durante tutto l'*assessment*, e in modo più organico alla fine della fase iniziale, il terapeuta istruisce il paziente sui bisogni motivati primari fondamentali, sulla formazione degli schemi maladattivi precoci legati a esperienze e ambienti di sviluppo frustranti, e sui mode. Inoltre, condivide il funzionamento del paziente collegandolo ai problemi attuali.

Dato il difficile rapporto con la spontaneità e l'espressione emotiva, un aspetto su cui è utile psicoeducare questo cluster di pazienti è il fatto che ci sono scale di grigio intermedie tra una totale impulsività e l'estremo controllo emotivo. È necessario discutere del fatto che l'obiettivo terapeutico implica che si arrivi a potersi sentire più libero di esprimere sé stesso, ma che questo non significhi diventare disregolato.

Hanno bisogno di ricevere chiare informazioni su come funzionano le emozioni, sulla differenza tra provarle (è involontario) ed esprimerle con un'azione (che può essere volontaria e regolata) e su come la terapia può aiutarli a imparare a calmare la sensazione emotiva e a esprimerla in modo funzionale nell'ambiente.

Con i pazienti di cluster C la psicoeducazione può essere ripresa più volte anche durante le successive fasi, per le quali può essere un sostegno necessario per mantenere la motivazione nella terapia, perché potrebbero tendere a rifugiarsi negli abituali meccanismi difensivi per non provare il disagio del cambiamento.

Visto che tanto lavoro è dedicato al trattamento del modo di coping, la lista dei pro e dei contro è molto usata. I pazienti di cluster C vanno sostenuti nell'individuare i contro del modo di coping; essi infatti usualmente stentano a riconoscere svantaggi nel loro comportamento di difesa da ansia, paura, insicurezza e vergogna. È quindi un processo delicato e basilare riuscire a condividere con questi pazienti l'idea che rinunciare a certi comportamenti sia desiderabile. Il terapeuta deve far notare loro le ripercussioni di un atteggiamento di controllo, di evitamento e di dipendenza sui bisogni sottostanti che rimangono ignorati e insoddisfatti, e come gli schemi dolorosi vengano così confermati e aggravati continuamente.

Ma si consideri che queste tecniche non dovrebbero occupare troppo spazio, casomai possono essere la base da cui intessere gli interventi esperienziali che sono da favorire con il cluster C, in quanto è bene non alimentare la tendenza a razionalizzare, pensare molto e tenersi a distanza dal piano emotivo. Anzi, dobbiamo fare in modo di spostare l'attenzione dal piano cognitivo a quello emotivo.

La compilazione della *flashcard* può essere fatta per ogni modo, e ha lo scopo di fornire al paziente una guida cognitiva da assimilare per uscire dal modo disfunzionale o comunque dall'attivazione degli schemi, e allenarsi a individuare pensieri e comportamenti più adattivi calmando le sensazioni di disagio. La rilettura delle *flashcard* diventa un compito a casa da svolgere tutti i giorni o al bisogno. Per il cluster C è particolarmente utile la *flashcard* per i modi Genitore disfunzionale, che provocano ansia, paura, colpa e vergogna.

Strategie esperienziali

Queste tecniche aiutano a familiarizzare con le proprie emozioni. È centrale per il paziente di cluster C imparare a stare in contatto con esse, spostandosi dal «pensare» al «percepire». In ST gli interventi esperienziali promuovono il cambiamento modificando l'esperienza emotiva legata agli SMP e, seppur

questi pazienti spesso non siano collaborativi per via della loro reticenza a sperimentare percezioni forti, è necessario che il terapeuta usi la psicoeducazione e il confronto empatico allo scopo di farli accettare come parte fondamentale del lavoro. Naturalmente gli esercizi devono essere introdotti con gradualità e delicatezza, fornendo molta rassicurazione sul fatto che il terapeuta prende in seria considerazione le sue difficoltà e rispetta i suoi tempi, e che gli starà accanto durante queste esperienze.

Come sappiamo, le strategie esperienziali sono principalmente costituite dal lavoro con le sedie (*chairwork*) e dagli esercizi immaginativi (*imagery*).

Chairwork

Risalente al creatore dello psicodramma, Jacob Moreno (2019), e diventato poi caratteristico della terapia della Gestalt (Perls, 1969), implicava invitare un paziente a sedersi su una sedia e avere un incontro immaginario con qualcuno (del passato, presente, o futuro) seduto nella sedia vuota davanti a lui (tecnica della sedia vuota), oppure utilizzare più sedie per creare dialoghi tra diverse parti del sé.

Successivamente a Perls, altri approcci hanno integrato e adattato questa tecnica, tra cui Kellogg (2004; 2015). Ma gli assunti comuni che rispecchiano questo modo di lavorare sono:

- la molteplicità di sé o la comprensione che le persone contengono parti, modi, voci o sé differenti (Bell et al., 2021; Rowan, 2010);
- l'obiettivo finale del processo è il rafforzamento di una parte interiore adattiva e funzionale.

Questi assunti sono ben riconoscibili nella Schema Therapy che, applicando il modello dei mode, ha bisogno che il paziente non solo comprenda che ci sono più parti di lui, ma anche che le sperimenti, arrivando poi a capire quali siano le parti sane da favorire e quali quelle da lasciare.

La Schema Therapy trova dunque in questa tecnica un intervento esperienziale fondamentale nel trattamento dei mode (Kellogg, 2012), in cui il terapeuta chiede al paziente di sedersi su una sedia e interpretare il punto di vista da quella prospettiva.

Possiamo delineare due versioni.

1. Quella semplice, in cui vengono usate due sedie (quella di partenza e quella del mode da interpretare) con cui il terapeuta può dialogare favorendo la consapevolezza e il cambiamento e fornendo per ogni tipo di mode l'intervento più idoneo.

2. L'uso contemporaneo di molte sedie (Arntz & Jacob, 2012), per cui il paziente può passare da una all'altra, interpretando mode diversi in un dinamico e flessibile succedersi di dialoghi, con l'obiettivo di:
 - differenziare e chiarire il mode o più mode;
 - favorire l'identificazione con un mode;
 - mettere in scena un conflitto interiore tra i mode;
 - trattare i mode (contrastare, indebolire, superare o offrire *limited reparenting* e confronto empatico);
 - modellare il mode Adulto sano.

In base ai mode, è possibile ricondurre i vari tipi di dialoghi sulle sedie a quattro grandi categorie (Kellogg, 2012).

1. *Per i mode di coping*: «intervista» per esplorare comportamenti, effetti negativi, origini, funzioni adattive e distorsioni cognitive; confronto empatico per indebolirli o bypassarli, mettere limiti se sono particolarmente negativi. Oppure può far dialogare i mode di coping con altri mode del paziente, come il Bambino vulnerabile oppure l'Adulto sano, per far emergere gli svantaggi di quell'atteggiamento disfunzionale e quale alternativa necessita.
2. *Per i mode Bambino: limited reparenting* per fornirgli cura mentre il paziente si connette alle emozioni e ai bisogni frustrati, e la tecnica del ventilare la rabbia, o nel caso del cluster C stimolarne l'espressione. Anche questi mode si possono far dialogare con altri del paziente allo scopo di promuovere il modellamento della parte sana.
3. *Per i mode Genitore disfunzionale*: esso, nel momento del dialogo che mira a invalidarlo, deve essere messo sulla sedia vuota e mai fatto interpretare direttamente al paziente (che resterà in un'altra sedia e riporterà al terapeuta cosa esso sta dicendo in terza persona). Si può però favorire il dialogo tra il Genitore disfunzionale e il Bambino vulnerabile allo scopo di far emergere chiaramente il legame tra i due, consapevolizzando il paziente sul fatto che le emozioni di disagio sono dovute all'attivazione di questo mode.
4. *Per il mode Adulto sano*: interventi di modellamento, tutoraggio e rinforzo/spinta all'autonomia allenandolo a dialogare con tutti gli altri mode in modo adattivo. Lo scopo ultimo è l'integrazione con il Bambino vulnerabile, uniche due sedie che potrebbero rimanere (vicine) dopo gli esercizi.

Per i pazienti del cluster C, è particolarmente utile far uso del lavoro sulle sedie, e soprattutto, inizialmente, bisogna considerare che è normale usare più facilmente questa tecnica piuttosto che gli esercizi immaginativi.

Questo per due motivi essenziali.

Trattamento del disturbo evitante di personalità

*Sono due i principali ostacoli alla conoscenza delle cose:
la vergogna che offusca l'animo, e la paura che,
alla vista del pericolo, distoglie dalle imprese.*

Erasmus da Rotterdam

Caratteristiche

Il disturbo evitante di personalità (DEP) è tra i disturbi di personalità più diffusi, ha un'incidenza di circa il 10-20% dei pazienti nelle cliniche psichiatriche e dell'1-2% della popolazione generale (Sanislow et al., 2012; Zimmerman et al., 2005).

È caratterizzato da una forma estrema di ansia e inibizione sociale legata a una radicata paura di essere considerato socialmente inetto e inferiore, il suo nucleo centrale è la vergogna.

La generale visione di sé è permeata da bassa autostima e senso di inferiorità, per cui l'aspettativa di comportarsi in maniera sbagliata o ridicola in contesti relazionali, sociali e lavorativi, e quella di non avere la capacità di affrontare situazioni complicate in generale costituiscono una assoluta certezza per l'individuo, che ritiene il giudizio sociale negativo o il rifiuto inevitabile e meritato.

La preoccupazione estrema per il giudizio e per l'immagine sociale (Benjamin, 1993) e l'idea intollerabile di poter provare di fronte agli altri imbarazzo per la propria inadeguatezza, rende l'evitamento la strategia di coping principale.

In generale, il disagio emotivo associato all'attivazione degli schemi maladattivi viene gestito tentando di impedire il contatto con situazioni, pensieri ed emozioni angoscianti. L'inibizione in questo disturbo è di tipo emotivo ed esperienziale, coinvolge quindi la sfera interpersonale causando grandi difficoltà ad avviare e mantenere le relazioni e a fare esperienza.

L'aspetto particolare di questo disturbo è legato al fatto che risulta indesiderabile non solo sperimentare emozioni negative, ma anche quelle positive; si cerca di non percepire alcuna sensazione emotiva e anche fisica intensa (ad esempio, eccitazione sessuale o cibi saporiti).

L'evitamento comportamentale, insieme ad altri costrutti come ruminazione, preoccupazione, nevrosi e sensibilità all'ansia, è stato evidenziato come importante fattore di insorgenza, mantenimento e ricadute dei disturbi psicologici (Spinhoven et al., 2014; 2016; 2017), e nel DEP comprende una varietà di situazioni, attività, novità, prendere decisioni e intraprendere azioni potenzialmente rischiose (Arntz, 1999; Alden et al., 2002; Taylor et al., 2004).

Nella Schema Therapy colleghiamo questi modelli comportamentali alla prima infanzia, dove sono stati appresi come strategie di coping per proteggersi da emozioni come tristezza, paura o vergogna.

Più grave è il disturbo, più la compromissione del funzionamento del soggetto è pervasiva, e più è stato ostacolato lo sviluppo del suo potenziale, il che conferma la sottostante convinzione della propria inferiorità e alimenta uno scoraggiante paragone con gli altri.

Il livello del disagio soggettivo risulta paragonabile a quello del DBP (Wilberg et al., 2009); in uno studio di campionamento dell'esperienza (Shafran et al., 2017), sebbene il gruppo DBP abbia mostrato la maggiore fluttuazione nella vita quotidiana, anche il gruppo DEP ha mostrato una quantità moderata di fluttuazione delle modalità, maggiore rispetto a quello di controllo. Le differenze minime tra i gruppi DBP e DEP evidenziano la possibile somiglianza nella dinamica intrapsichica dei due disturbi anche quando le loro manifestazioni comportamentali sono diverse (Peled et al., 2017). La paura dell'abbandono, ad esempio, è stata identificata anche nel DEP oltre che nel disturbo borderline (Eikenæs et al., 2016).

In comorbidità si possono trovare depressione e distimia, disturbi d'ansia, abuso di sostanze e dipendenze, ed è probabile che sia associato a maggiori probabilità di ideazione e tentativi suicidari (Cox et al., 2009; Hummelen et al., 2007; Lampe & Sunderland, 2015).

Questi pazienti difficilmente riescono ad avere relazioni intime, e pur sentendo la deprivazione emotiva che li spinge a volerle, spesso trovano un compromesso malsano tra bisogno di avere qualcuno nella propria vita e

quello di evitare l'intimità, assumono un ruolo che permette di mantenere una distanza di sicurezza nella relazione.

Questo DP presenta delle similitudini con diversi altri disturbi, ed è utile cercare di chiarire questo aspetto. Innanzitutto, è stato oggetto di un lungo dibattito sulla sovrapposizione con l'ansia sociale, per cui si ipotizza un continuum di gravità nel quale il DEP è visto come una sua variante grave. Tuttavia, vi è supporto empirico per il mantenimento del DEP come categoria diagnostica distinta (Cox et al., 2009). È da evidenziare che nel DEP la paura del giudizio causa problemi di interazione sociale in un modo più pervasivo rispetto al disturbo d'ansia, e dunque la significativa compromissione del funzionamento della persona pare un fattore discriminante tra i due disturbi.

Oltre al disturbo d'ansia sociale, la diagnosi differenziale lo distingue prevalentemente da altri due disturbi di personalità: il disturbo di personalità schizoide e il disturbo di personalità dipendente.

La considerazione della possibile sovrapposizione del DEP con il DP schizoide ha riguardato l'anedonia sociale; i dati di ricerca suggeriscono però che i criteri per il DEP sono distinti dal DP schizoide, e che l'anedonia sociale sia predittiva in modo univoco delle caratteristiche schizoidi, mentre le caratteristiche evitanti risultano predette da alti livelli di vergogna interiorizzata e dal bisogno di appartenenza (Winarick & Bornstein, 2015), che rendono l'evitante non «tranquillamente distaccato» come lo schizoide.

Sia nel disturbo di personalità dipendente (DDP) che in quello evitante si notano sentimenti di inadeguatezza, bisogno di rassicurazione e ipersensibilità alle critiche, inoltre ci sono correlazioni significative tra i due DP per quanto riguarda comportamento non assertivo, scarsa fiducia in sé stessi di fronte ad altre persone e autosvalutazione (Rees et al., 1997; Leising et al., 2006).

In studi basati sui criteri del DSM-IV, l'analisi fattoriale ha indicato che sei criteri del DEP e tre del DDP risultano definire lo schema maladattivo precoce di dipendenza/incompetenza (Gude et al., 2004). In effetti i criteri riportati nel DSM, in generale, possono mostrare una sovrapposizione dei disturbi, in particolare all'interno dei cluster. Nel cluster C, il DEP sembra più strettamente correlato con il DDP per caratteristiche simili come mancanza di assertività, bassa autostima e bassa fiducia in sé stessi, di quanto non lo siano entrambi al DOCP.

Nonostante questo, l'evidenza supporta degli aspetti di differenziazione legati al comportamento opposto rispetto alla prossimità sociale, l'evitante infatti mostra ritiro sociale, mentre il dipendente ricerca l'avvicinamento (Trull et al., 1987). L'evitante non si sforza per uscire dalla solitudine, come invece è solito fare il dipendente, e la natura delle differenze tra i due DP va ricercata a

livello qualitativo, mettendo a fuoco le motivazioni piuttosto che i sintomi. La mancanza di assertività per il DEP è legata infatti alla paura di essere rifiutato o umiliato per la propria inadeguatezza, mentre nel DDP dal desiderio di evitare di essere abbandonato a sé stesso, senza supporto.

Origini e bisogni emotivi di base

Nell'infanzia di questo tipo di paziente viene tipicamente sperimentata una forte sensazione di vergogna per qualche aspetto o caratteristica personale trattata come se fosse una prova di inadeguatezza o incapacità, e una mancanza di amore e cura da parte dei genitori (Johnson et al., 2006).

L'ambiente di origine è ipercritico, le emozioni, le sensazioni fisiche, e i normali bisogni del bambino sono stati ignorati o svalutati, la loro espressione è stata censurata o punita spesso con una reazione umiliante. A questo DP sono state collegate esperienze precoci di mancanza di affetto, cure o abuso emotivo (Lobbestael et al., 2010), che hanno particolarmente frustrato i bisogni di attaccamento sicuro e la libera espressione emotiva (Johnson et al., 2006). Tale frustrazione è in grado di alterare il concetto di sé, ed è per questo che il bambino potrebbe arrivare presto a considerarsi indegno e difettoso anche per aspetti spontanei, naturali, addirittura fisiologici.

L'ipercriticismo può manifestarsi anche attraverso l'esposizione a modelli indiretti di disapprovazione nei confronti degli altri, per cui l'attenzione del contesto familiare è comunque costantemente posta su possibili motivi di umiliazione, favorendo l'interiorizzazione di messaggi disfunzionali e facendogli temere di poter essere oggetto di tale potenziale atteggiamento da parte degli altri.

Dato che è stato appreso che non è sicuro esprimere opinioni, emozioni, atteggiamenti e bisogni, nel corso della vita si sviluppa un atteggiamento di evitamento (atto a nascondere questa parte autentica di sé percepita inadeguata e vergognosa) a cui viene conferito un valore adattivo irrinunciabile.

Anche l'ambiente familiare, caratterizzato da iperprotezione, inibizione emotiva e ritiro sociale, pare in grado di minare il senso di sicurezza e l'esplorazione del bambino, e di non permettere un sano sviluppo dell'autonomia e senso di competenza, come evidenziato da uno studio (Steven & Andrew, 2010) in cui emerge la relazione tra i sintomi del DEP e le esperienze infantili come iperprotezione materna e scarsa socialità familiare, e il collegamento di queste con la formazione di SMP (soprattutto abbandono/instabilità, sotto-missione e inibizione emotiva).

In generale possiamo definire centrale per l'origine del disturbo l'atteggiamento punitivo e la mancanza di una vicinanza affettiva in grado di promuovere una spinta all'esplorazione in cui il bambino si senta al sicuro da giudizi, colpevolizzazioni e punizioni per la sua spontaneità.

Sulla base di questo, i bisogni emotivi primari non soddisfatti (Young et al., 2003) si configurano nei seguenti:

- attaccamento sicuro
- autonomia e senso di competenza
- libertà di esprimere opinioni, emozioni e bisogni
- spontaneità e gioco.

Valutando questi domini e il contesto di origine, possiamo ipotizzare che gli schemi maladattivi precoci che si formano con più facilità nel DEP risultano: abbandono/instabilità, sfiducia/abuso, inadeguatezza/vergogna, esclusione sociale, fallimento, sottomissione, inibizione emotiva, negativismo/pessimismo, standard severi/ipercriticismo e punizione.

Concettualizzazione

Nei pazienti con DEP si possono distinguere i seguenti mode (Arntz, 2012; Arntz & Jacob, 2013; Bamelis, Renner, Heidkamp, & Arntz, 2011):

- Protettore evitante/distaccato
- Genitore punitivo
- Bambino solo/inferiore e abbandonato/abusato
- Arreso compiacente
- Adulto sano.

Naturalmente i mode di evitamento sono caratteristici del disturbo, e risultano responsabili della chiusura e dell'inibizione del paziente su aspetti pervasivi di vita; inoltre ostacolano l'apprendimento di competenze sociali, la consapevolezza emotiva, la creazione di intimità con gli altri, lo stabilirsi e il mantenersi di relazioni soddisfacenti.

La persona soffre in ultimo della mancata affermazione della propria autenticità e della realizzazione del proprio potenziale.

Nella concettualizzazione del disturbo possiamo unire l'evitamento comportamentale ed emotivo in un unico mode di coping, a cui possiamo riferirci col termine Protettore evitante/distaccato, che aiuta a distanziarsi da situazioni sia esterne sia interne. Questo potrebbe semplificare la mappa

dei mode per il paziente, e il Protettore potrebbe essere spiegato come una parte che ha una funzione evitante che comprende due aspetti: situazioni ed emozioni. La scelta di lasciare i mode separati oppure unirli, può essere motivata dal terapeuta che valuta quale sia la presentazione del funzionamento migliore per il paziente.

Il mode Genitore punitivo racchiude l'interiorizzazione delle esperienze di abuso emotivo e l'atteggiamento umiliante dei genitori (ed eventualmente di altre figure come i pari), che hanno fatto sentire il bambino indegno e in colpa. I messaggi che, quando si attiva questa parte, vengono riversati sulla modalità Bambino vulnerabile risultano svalutanti, moralizzanti e critici, e inducono senso di colpa e vergogna.

Anche da un atteggiamento genitoriale iperprotettivo, il bambino può interiorizzare l'aspettativa di non essere capace di affrontare le situazioni e imparare, come se ci fosse qualcosa di profondamente sbagliato o manchevole in lui che spinge il genitore a limitare la sua autonomia.

Il mode Bambino vulnerabile del DEP può manifestarsi con la tematica della solitudine e dell'inferiorità (mode Bambino solo/inferiore), e con quella dell'abbandono e dell'abuso (mode Bambino abbandonato/abusato); entrambe le esperienze emotive sono state sperimentate nell'infanzia, e lo sperimentare questi stati viene percepito molto dolorosamente dal soggetto, tanto da ritenere che sebbene questo DP si caratterizzi per l'evitamento, il problema principale sia rappresentato proprio dalle modalità Bambino (Finogenow, 2020).

Oltre ai suddetti mode si riscontra con una certa frequenza la presenza del mode di coping di resa Arreso compiacente, nonostante non sia necessario per porre la diagnosi del disturbo evitante di personalità. L'Arreso compiacente potrebbe essere legato alla tendenza a sottomettersi agli altri per paura del giudizio o del rifiuto.

Questa concettualizzazione pare confermata anche da uno studio sulle fluttuazioni dei mode del DEP (Peled et al., 2017), in cui quello del Protettore evitante/distaccato è risultato il mode più presente e intenso in terapia (nel 74% dei segmenti di seduta esaminati); quello del Bambino vulnerabile il secondo (presente nel 58% dei segmenti); il Genitore disfunzionale è risultato presente nel 40%, e Arreso compiacente e Adulto sano si sono manifestati in misura molto minore (presenti in circa il 33% dei segmenti).

Rispetto al DBP con cui sembra esserci a livello di formulazione del caso una certa sovrapposizione, nell'evitante non troviamo il mode Bambino impulsivo/arrabbiato, e il Protettore distaccato risulta solitamente più pervasivo e forte, tanto che per il terapeuta può essere notevolmente più difficile da bypassare e indebolire.

Rispetto al DDP, sebbene entrambi presentino il mode Bambino abbandonato e Genitore punitivo, il DEP usa coping che esprimono il ritiro sociale, mentre il dipendente all'opposto ricerca la vicinanza per sentirsi al sicuro.

Alla fine dell'anamnesi, il terapeuta deve essere in grado di delineare la mappa personalizzata dei mode del paziente, e di spiegarli il suo funzionamento psicologico su tale base. Si consiglia di usare un disegno grafico semplice, che il paziente può portare a casa e consultare agilmente (figura 2.1).

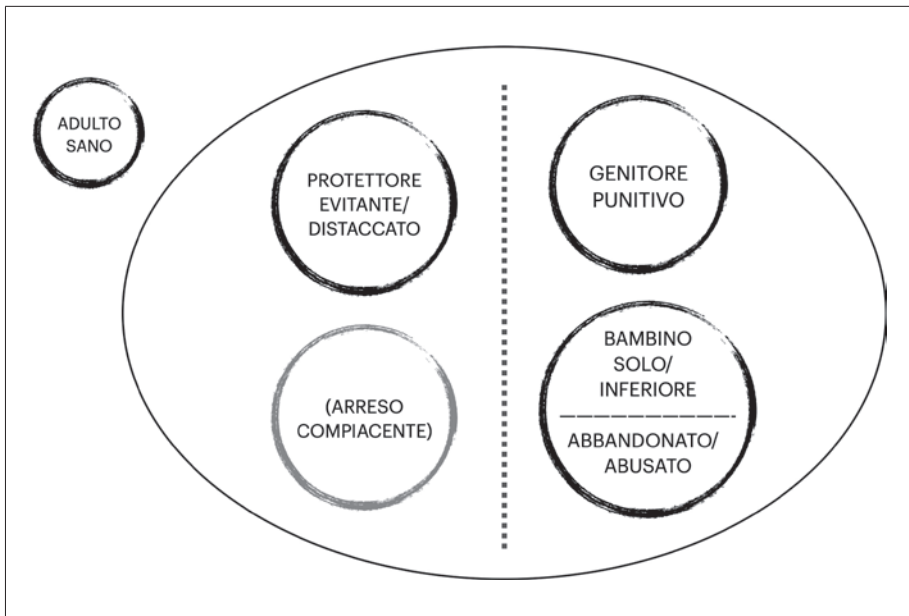


Fig. 2.1 Mappa dei mode del DEP.

Obiettivi del trattamento

Sebbene alti livelli di evitamento sono risultati inversamente proporzionali al miglioramento nel trattamento psicoterapeutico (Berking et al. 2009; Hayes et al. 2005), e ammettendo che l'evitamento esperienziale rappresenti un target importante di lavoro per questo DP, nell'ottica della ST crediamo che all'inizio sia meglio che il trattamento si focalizzi su fattori interni come inibizione emotiva, bassa autostima e visione del sé come inadeguato e inferiore.

Tenendo presenti i tipici bisogni frustrati del DEP, la terapia mira ad aiutare il paziente a:

- sperimentare il contatto con emozioni e bisogni;
- esprimere emozioni e bisogni riducendo il senso di vergogna e ansia;
- accettare i propri limiti ed errori;
- tollerare il senso di disagio;
- aprirsi e avvicinarsi agli altri;
- far spazio a spontaneità e divertimento nella propria vita (Fassbinder & Arntz, 2019).

Come ogni lavoro di Schema Therapy, è necessario aiutare il paziente a comprendere e riconoscere gli schemi e i mode disfunzionali alla base dei suoi problemi, a modificarli per superare la paura e la vergogna, e poter affrontare le situazioni sociali in modo più assertivo.

In termini di trattamento sui mode: le modalità Bambino vengono sostenute e confortate; la modalità Genitore punitivo combattuta e ridotta; le modalità di coping disfunzionali vengono riconosciute per la loro funzione di sopravvivenza, ma esaminate criticamente per i loro svantaggi, incoraggiandone la riduzione e imparando nuove alternative salutari. Le modalità Adulto sano e Bambino felice vengono rafforzate.

Per raggiungere tali obiettivi, la Schema Therapy fa affidamento sulla relazione terapeutica e utilizza un insieme di tecniche declinate in modo specifico per il trattamento di ogni mode.

Obiettivi nel trattamento del DEP:

- entrare in contatto con il Bambino solo/inferiore e abbandonato/abusato, aiutarlo a esprimersi e convalidarne emozioni e bisogni;
- invalidare i messaggi del mode Genitore punitivo;
- identificare il mode Protettore evitante/distaccato, confrontarlo empaticamente e sostituirlo con comportamenti più funzionali;
- ridurre l'Arreso compiacente;
- modellare l'Adulto sano e integrarlo con il Bambino felice.

Gli interventi sui mode del paziente non sono predeterminati nella loro successione, l'ordine con cui li presenteremo non rispecchia una procedura da adottare. Il mode che attira le cure del paziente è il Bambino vulnerabile, prima esso riceve il limited reparenting e prima il paziente inizierà a sentirsi meglio, ma per pazienti molto difesi come quelli con DEP, si impone di dover lavorare inizialmente con i coping che ovviamente sbarrano la strada.

Dunque, inizieremo con il Protettore evitante/distaccato, sottolineando che il terapeuta fornisce il trattamento adeguato a ogni modo nel momento in cui emergono nel corso della seduta.

Protettore evitante/distaccato

Caratteristiche generali

La strategia di coping di evitamento attraverso cui si evita l'attivazione degli schemi o si cerca di spegnerla, è responsabile: del distacco emotivo, che intorpidisce il paziente e blocca la connessione con bisogni, emozioni, sentimenti, percezioni corporee e con gli altri (Arntz, 2012); dell'evitamento di situazioni che potrebbero attivare gli schemi, ovvero quelle nuove, difficili, che il paziente crede gli possano creare disagio, vergogna, imbarazzo, dove ci può essere un giudizio, una critica, un rifiuto, un abbandono o un fallimento, o che implicano una qualche esposizione sociale, un possibile confronto o conflitto.

Questo modo di coping vuole proteggere il Bambino vulnerabile dagli attacchi del Genitore punitivo e dallo sguardo esterno a cui viene attribuito lo stesso potenziale atteggiamento umiliante e critico. L'intenzione difensiva è legata a fuggire e distanziarsi dal pericolo del giudizio sociale e del rifiuto, esso pare dire al Bambino vulnerabile: «Non ti mostrare, svelto corri via, nasconditi! È l'unica soluzione!».

La tendenza all'evitamento può essere primaria, volta alla prevenzione dell'attivazione degli schemi dolorosi e secondaria, come tentativo di spegnere le sensazioni degli schemi una volta attivati.

Anche gli eventi sociali considerati piacevoli e stimolanti dalla maggior parte delle persone possono venir evitati, alimentando una deprivazione nell'area del gioco, spontaneità e divertimento, e confermando il senso di solitudine nella quotidianità del paziente, e la frustrante sensazione di vivere una vita vuota e inutile.

La vicinanza emotiva con l'altro è qualcosa di molto pericoloso che implica l'essere «visto», esposto al giudizio e nudo rispetto al proprio senso di vergogna; quindi, sebbene il paziente abbia bisogno di connessione, essa costituisce un trigger in grado di spingerlo a stabilire una distanza di sicurezza. Non stupisce vedere questo tipo di paziente diventare «amante» o avere un mestiere che lo porta ad avere a che fare con le persone, creando una sorta di intimità che nel contempo permetta di mantenere una certa superficialità del rapporto.

Trattamento del disturbo dipendente di personalità

*Ogni essere che viene al mondo cresce nella libertà
e si atrofizza nella dipendenza.*

Silvano Agosti

Caratteristiche

Il disturbo dipendente di personalità (DDP) può essere definito come una condizione caratterizzata da un'eccessiva ricerca di dipendenza dagli altri per supporto, guida, nutrimento e protezione (Bornstein, 2005). Le persone con questo disturbo tendono a sentirsi insicure e incapaci di prendere decisioni autonome, preferiscono che gli altri si assumano la responsabilità delle decisioni che riguardano le sfere fondamentali della propria vita e chiedono costantemente rassicurazioni e consigli su questioni quotidiane (APA, 2013). Secondo Sperry (2003), questo è il criterio più utile per diagnosticare il disturbo. Il DDP è tra i disturbi di personalità più frequentemente diagnosticati, si riscontra nel 14% delle persone affette da disturbi della personalità e nel 2,5% della popolazione generale (Seligman & Reichenberg, 2007; Sperry, 2003).

Secondo Arntz (2005), è possibile identificare due tipi di dipendenza: la dipendenza funzionale e la dipendenza emotiva. Nella dipendenza funzionale, la persona si affida ad altri per questioni pratiche a causa di una mancanza di fiducia in sé stessa, mentre nella dipendenza emotiva la persona dipende emotivamente da un'altra con cui avere una connessione sicura.

La *dipendenza funzionale* riguarda la tendenza a cercare supporto e assistenza dagli altri nelle decisioni quotidiane e nelle questioni pratiche (Arntz, 2005). Riflette una mancanza di fiducia nelle proprie capacità di risolvere problemi e di prendere decisioni autonome. Il nucleo centrale del disturbo è l'ansia associata al timore di non avere le capacità necessarie per affrontare in modo autonomo la vita. La persona vive con la preoccupazione di non essere all'altezza delle sfide e delle responsabilità tipiche dell'età adulta (APA, 2013).

Un'altra caratteristica è la difficoltà nel prendere decisioni autonome e la richiesta di aiuto per compiti che potrebbero essere affrontati da soli. La mancanza di fiducia nelle proprie capacità decisionali spinge la persona a cercare in modo incessante consigli esterni, conferme e validazioni per le proprie scelte (APA, 2013). Questa difficoltà nel prendere decisioni contribuisce all'accumulo di ansia e frustrazione poiché la costante ricerca di consigli la lascia con una sensazione di incapacità a gestire la propria vita. La paura di prendere decisioni sbagliate e l'ansia associata alla responsabilità di guidare la propria vita danno vita a un ciclo di dipendenza dagli altri che a sua volta ostacola lo sviluppo dell'autonomia e dell'autostima.

Per i motivi sopra descritti, sono persone che hanno il bisogno costante di un punto di riferimento su cui fare affidamento, può essere un partner, un membro della famiglia o un amico. Spesso sembrano funzionare meglio quando hanno una persona di supporto vicino, tuttavia, il senso di sicurezza è solo temporaneo perché in realtà continua a ostacolare la crescita personale. Inoltre, questa dipendenza può sovraccaricare le relazioni creando una dinamica in cui una persona è costantemente chiamata a svolgere un ruolo di «genitore» o «salvatore» nella vita dell'individuo. Se la figura da cui dipendono minaccia di allontanarsi o smette di offrire la stessa quantità di supporto potrebbe scatenarsi forte ansia e paura dell'abbandono. Questa costante ricerca di protezione da parte dell'altro li priva dell'opportunità di sperimentare la possibilità di gestire le situazioni e contribuisce al rafforzamento delle convinzioni disfunzionali alla base del disturbo (Brauer & Reinecke, 2015).

D'altra parte, la *dipendenza emotiva* si manifesta attraverso la ricerca costante di rassicurazione e supporto emotivo dagli altri. Sono persone che sperimentano un profondo bisogno di connessione emotiva sicura in modo che la presenza di qualcuno accanto a loro possa placare la sensazione di solitudine e vuoto interiore. Nonostante possano percepirsi in grado di affrontare le questioni pratiche da sole, il loro desiderio di supporto emotivo è così forte che si aggrappano disperatamente a qualcuno per ottenerlo (Arntz, 2005).

All'interno delle relazioni intime, il timore dell'abbandono si fa strada spingendoli a cercare costantemente conferme e vicinanza dall'altro. In seguito

a una separazione, il dolore che ne deriva è così profondo e pervasivo che può portare a un alto rischio di depressione. In questo caso, cercano immediatamente un nuovo legame sperando che possa colmare il vuoto emotivo e fungere da fonte di cure e sostegno simile a quello precedente (Arntz, 2005).

La dipendenza funzionale ed emotiva spesso coesiste nel DDP, in questo caso la persona tenderà a percepire sé stessa come dipendente dagli altri per ricevere supporto sia pratico sia emotivo. L'idea di dover affrontare la vita senza la guida di qualcuno scatena una profonda paura dell'abbandono poiché questo significherebbe doversi prendersi cura di sé in modo autonomo e indipendente (APA, 2013). In generale, possiamo dire che l'assenza di autonomia è un tratto chiave di questo disturbo. Le persone con DDP possono avere difficoltà a prendere iniziative personali o a perseguire obiettivi senza l'approvazione o il coinvolgimento di altri. Questa mancanza di autonomia può impedire loro di sviluppare una sana fiducia in sé stessi e nella propria capacità di affrontare la vita.

La strategia di coping dominante nel DDP è la resa (Arntz, 2012). Per evitare i conflitti o l'abbandono, la persona tende a conformarsi alle aspettative degli altri sacrificando i propri desideri e bisogni. Potrebbe mostrarsi in accordo con gli altri anche se in realtà non lo è per paura di perdere il loro sostegno (APA, 2013). Questo atteggiamento sottomesso le impedisce di esprimere sé stessa in modo autentico e di costruire relazioni equilibrate.

Le caratteristiche generali del DDP riflettono un quadro caratterizzato da ansia, insicurezza nelle proprie capacità, dipendenza e paura dell'abbandono.

Per quanto riguarda la diagnosi del DDP, sono state riscontrate sfide diagnostiche, in particolare in relazione alla comorbidità con il disturbo evitante di personalità. Ad esempio, è stato riscontrato che il 43% delle persone con diagnosi di disturbo evitante soddisfaceva anche i criteri per la diagnosi di DDP. Allo stesso modo, il 59% dei pazienti con DDP rispettava i criteri per la diagnosi di disturbo evitante (Fossati et al., 2006).

È stato rilevato che il DDP è spesso associato a disturbi d'ansia e dell'umore, come le fobie, il disturbo ossessivo-compulsivo, la depressione e l'abuso di alcol (APA, 2000; Bornstein, 1992). I pazienti tendono a sperimentare esiti più sfavorevoli quando presentano una combinazione di disturbi d'ansia e/o dell'umore insieme a tratti dipendenti (Ansell & Grilo, 2007).

Origini e bisogni emotivi di base

Come in altri disturbi psicopatologici, il DDP può avere origine da un intreccio di molteplici fattori: elementi di carattere genetico, biologico, am-

bientale e legati allo sviluppo. Dato che la Schema Therapy attribuisce grande rilevanza alla frustrazione dei bisogni emotivi nell'infanzia, focalizzeremo la nostra attenzione sulle prime esperienze di vita e sulle dinamiche familiari. Sembra esserci una connessione tra la sicurezza dell'attaccamento e il rischio di sviluppare il DDP (Brennan & Shaver, 1998). Come in tutti i DP del cluster C, un fattore che emerge è l'esperienza di abuso emotivo durante l'infanzia (Lobbestael, Arntz, & Bernstein, 2010).

Per quanto riguarda la *dipendenza funzionale*, un approccio genitoriale caratterizzato da un'educazione autoritaria o un ambiente iperprotettivo sembrano giocare un ruolo di primo piano (Bornstein, 1992, 2005).

Una genitorialità autoritaria impone le decisioni senza concedere spazio al bambino e può influenzare la sua tendenza futura a cercare supporto esterno nelle decisioni, scaricando sull'altro il peso della responsabilità (Arntz, 2012). Quando i genitori non permettono al bambino di sperimentare e imparare attraverso tentativi ed errori gli impediscono delle esperienze di crescita fondamentali (Bornstein, 1992).

Anche la presenza di genitori iperprotettivi e invadenti può contribuire allo sviluppo del DDP (Bornstein, 2005). L'eccessiva protezione da parte dei genitori può portare il bambino a sviluppare la convinzione di non essere in grado di affrontare la vita da solo e di necessitare costantemente dell'assistenza e del sostegno dell'altro per farlo (Bornstein, 1992). Un ambiente che non stimola l'autonomia del bambino può ostacolare la formazione di un senso di competenza e indipendenza, e influenzare la formazione delle sue credenze riguardo alle proprie capacità (Brazelton & Greenspan, 2000).

Le origini della *dipendenza emotiva* si differenziano da quelle della dipendenza funzionale. La dipendenza emotiva sembra essere influenzata da esperienze precoci di separazione o minaccia di separazione, oppure da dinamiche familiari in cui i genitori si sono dimostrati eccessivamente dipendenti dal bambino. Queste esperienze plasmano l'idea che la separazione porti con sé una sorta di pericolo imminente (Arntz, 2005).

I genitori che lasciano spesso un bambino da solo lo mettono nella condizione di dover affrontare situazioni che, in circostanze normali, verrebbero affrontate in un momento successivo del suo sviluppo (Young & Klosko, 1993). Senza il supporto e l'incoraggiamento necessari, il bambino potrebbe sentirsi insicuro e in ansia, e non riuscire a sviluppare fiducia nelle proprie capacità. Lo sviluppo dell'autonomia è strettamente collegato alla presenza di una base sicura da cui partire per esplorare il mondo (Young & Klosko, 1993): prima di essere indipendenti dobbiamo passare attraverso a una fase di sana dipendenza. La base sicura e l'autonomia possono essere

paragonate al rapporto tra le radici di un albero e la sua crescita. Le radici rappresentano la base sicura, si fondano sul sostegno emotivo e l'ambiente stabile che sperimenta il bambino e sono le fondamenta che gli permettono di crescere e svilupparsi. L'autonomia è simboleggiata dai rami dell'albero che si estendono verso l'alto. Questi rami rappresentano la capacità di esplorare il mondo, prendere decisioni indipendenti e crescere come individuo. Così come un albero ha bisogno di radici solide per sostenere la sua crescita, ogni essere umano ha bisogno di una base sicura per sviluppare pienamente l'autonomia.

In altri casi, l'esperienza di un figlio che percepisce la paura del genitore può portare alla formazione di una dipendenza emotiva nei confronti di quest'ultimo.

Quando il bambino avverte le emozioni di ansia del genitore può cercare rifugio e sicurezza nella presenza del genitore stesso. Questo legame stretto può influenzare il processo di sviluppo dell'autonomia del bambino, minando la sua fiducia nell'affrontare le situazioni in modo indipendente. Di conseguenza, si può instaurare una relazione in cui il figlio cerca costantemente la guida e l'approvazione del genitore per navigare nella vita.

Nel contesto dei DP, è noto che l'ambiente in cui un individuo cresce interagisce con i tratti innati del suo temperamento. Nel DDP, questa interazione assume un ruolo significativo poiché sembra che un temperamento intrinsecamente timoroso si combini con l'ambiente di crescita nell'ostacolare lo sviluppo dell'autonomia e la fiducia nelle proprie capacità (Bornstein, 1992). Inoltre, i neonati con un temperamento timoroso, riservato o triste, e quelli che hanno sofferto di problemi di salute prolungati, potrebbero indurre i genitori a manifestare un comportamento iperprotettivo (Eskedal & Demetri, 2006).

Esaminando come le caratteristiche dell'ambiente familiare si collegano ai bisogni emotivi primari descritti da Young e colleghi (2003), diventa evidente che i seguenti bisogni non vengono soddisfatti in modo adeguato (Arntz, 2021):

- attaccamento sicuro
- autonomia, competenza e senso di identità
- libertà di esprimere opinioni, emozioni e bisogni.

Secondo Arntz e Jacob (2012), la presenza dello schema di dipendenza/incompetenza caratterizza il DDP. I risultati riguardo alle correlazioni tra determinati SMP e disturbi di personalità mostrano una notevole variabilità tra i diversi studi e le relazioni esatte non sono attualmente ancora chiare.

Questo potrebbe dipendere dalle diverse differenze metodologiche all'interno della letteratura (Kunst et al., 2020). Secondo alcuni studi, il DDP è correlato in maniera significativa con tutti gli SMP, a eccezione di deprivazione emotiva, pretese e vulnerabilità al pericolo (Gilbert & Daffern, 2013; Kunst et al., 2020; Nordahl et al., 2005). Secondo altre ricerche, il DDP si associa positivamente con gli schemi di abbandono/instabilità (Carr & Francis, 2010; Nordahl et al., 2005; Reeves & Taylor, 2007), fallimento (Bilge & Balaban, 2021), sottomissione e auto-sacrificio (Kunst et al., 2020). Questi risultati sono in linea con i bisogni frustrati tipici del disturbo.

Concettualizzazione

I principali mode presenti nei pazienti con DDP sono i seguenti (Arntz, 2012, 2021; Arntz & Jacob, 2012):

- Arreso compiacente
- Genitore punitivo
- Bambino dipendente e abbandonato/abusato
- Adulto sano.

La caratteristica distintiva del DDP è l'adozione di una strategia di coping di resa. Il mode Arreso compiacente riflette l'atteggiamento sottomesso e passivo che prevale nel paziente: quando è in questo mode, mette le esigenze e i desideri degli altri al di sopra dei propri al fine di evitare l'abbandono, una delle sue principali paure. Questo mode di coping entra in gioco per mitigare la sensazione di incompetenza, portando il paziente a cedere alle richieste degli altri per tenerli vicino. Il mode Genitore disfunzionale è di tipo punitivo ed è caratterizzato da una critica interna che giudica duramente ogni azione e decisione del paziente, e gli fa credere di non essere capace di fare le cose, creando dubbi e insicurezze. Questo dialogo interno mantiene i sentimenti di inadeguatezza e insuccesso, alimentando la dipendenza dagli altri per avere sostegno. Il mode Bambino dipendente (collegato alla dipendenza funzionale) è caratterizzato dalla sensazione di sentirsi come un bambino piccolo di fronte alle richieste della vita adulta, percepita come insormontabile, e da un atteggiamento di dipendenza nei confronti degli altri. In aggiunta, possiamo trovare il mode Bambino abbandonato/abusato (collegato alla dipendenza emotiva) che si manifesta con sentimenti di abbandono e paura dell'abuso. In questi pazienti, il mode Adulto sano è poco sviluppato (Arntz, 2012; Arntz & Jacob, 2012) (figura 3.1).

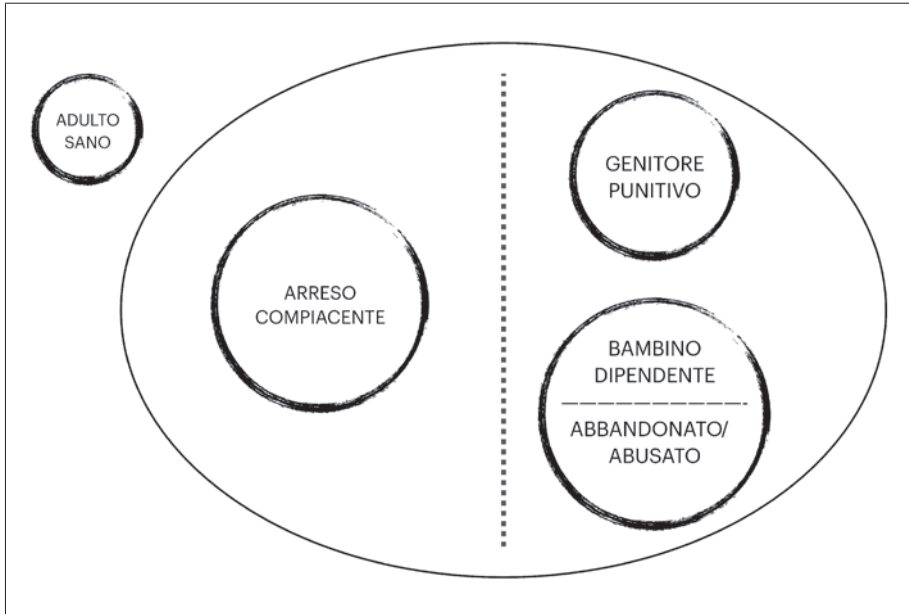


Fig. 3.1 Mappa dei mode del DDP.

Obiettivi del trattamento

Nel trattamento del DDP, gli obiettivi terapeutici si concentrano su due aspetti fondamentali: contrastare i comportamenti di sottomissione e dipendenza e soddisfare i bisogni emotivi di attaccamento, autonomia e competenza, e libertà di espressione. L'obiettivo principale è guidare gradualmente l'individuo verso un progressivo aumento della sua autonomia emotiva e comportamentale.

Durante il percorso terapeutico, si lavora per contrastare la profonda sensazione di incapacità e promuovere l'autonomia individuale, aiutando il paziente a sviluppare un senso di competenza e fiducia in sé stesso (Arntz, 2021). Si dovranno potenziare le abilità personali del paziente e favorire una visione più positiva nei confronti delle proprie capacità. Il terapeuta incoraggerà poi il paziente ad affrontare le situazioni in modo sempre più autonomo. Aumentare la fiducia in sé stessi è un passo fondamentale del trattamento poiché contribuisce a ridurre la dipendenza costante dagli altri. Affrontare la sensazione di dipendenza richiede un approccio graduale e comprensivo. Il paziente verrà aiutato a identificare i modelli di pensiero e di comportamento che la alimentano, per poi sostituirli con comportamenti più funzionali.

Per intervenire sulla paura dell'abbandono che caratterizza il DDP, il terapeuta si impegna per favorire un attaccamento sicuro attraverso la relazione terapeutica, diventando una figura di riferimento stabile per il paziente. Tuttavia, è necessario trovare un equilibrio per soddisfare il bisogno di connessione emotiva pur tenendo in considerazione la promozione dell'autonomia e dell'indipendenza.

Visto che i pazienti con DDP si sottomettono alle opinioni e ai desideri degli altri, un ulteriore obiettivo terapeutico consiste nel permettere al paziente di esprimere bisogni ed emozioni (Arntz, 2012), inizialmente nel contesto terapeutico e poi nella vita quotidiana. La terapia mira a creare un ambiente che consenta al paziente di apprendere come esprimere liberamente sé stesso, promuovendo l'assertività.

In conclusione, il trattamento del DDP è orientato a trasformare la sensazione di incompetenza in una maggiore fiducia nelle proprie capacità, rafforzare l'autonomia e permettere l'espressione di sé.

Obiettivi nel trattamento del DDP:

- diventare consapevole del mode Arreso compiacente e sostituire il comportamento sottomesso con una maggiore autenticità;
- contrastare i messaggi del mode Genitore punitivo;
- soddisfare il bisogno di autonomia e competenza del Bambino dipendente e il bisogno di attaccamento del Bambino abbandonato/abusato;
- potenziare l'Adulto sano che sostiene il Bambino vulnerabile attraverso un atteggiamento di fiducia in sé stessi e attenuando la paura dell'abbandono.

Arreso compiacente

Caratteristiche generali

L'Arreso compiacente è il mode di coping tipico del DDP. È una strategia di resa caratterizzata da un comportamento di sottomissione che si traduce in un comportamento passivo e compiacente, in cui il paziente si adegua alle richieste e aspettative degli altri, mettendo da parte i propri bisogni e desideri. In questo mode, il paziente reprime le proprie opinioni ed emozioni per evitare l'abbandono da parte degli altri. Quando il mode si attiva la persona è eccessivamente attenta ai bisogni e al benessere degli altri. In generale, quindi, l'Arreso compiacente porta a sacrificare la propria autenticità. Questa parte è guidata

dalla paura di essere abbandonati: il paziente teme che, se esprime liberamente sé stesso, gli altri potrebbero reagire in modo negativo e allontanarsi. Il mode Arreso compiacente influenza le relazioni del paziente che si trova in rapporti sbilanciati, in cui i bisogni degli altri vengono messi al di sopra dei suoi. Questo può generare sentimenti repressi di frustrazione e rabbia.

Esaminando questo mode nel contesto degli schemi, possiamo metterlo in relazione con gli schemi di sottomissione e autosacrificio. Questi schemi interagiscono con gli schemi di dipendenza/incompetenza e abbandono/instabilità: il paziente si sacrifica o si sottomette per mantenere il legame con la figura di supporto ed evitare di essere abbandonato.

È facile intuire l'origine di questa strategia di coping se consideriamo le caratteristiche dell'ambiente di sviluppo del DDP. In un contesto familiare caratterizzato da abuso emotivo, è comprensibile che l'espressione dei bisogni e delle emozioni venga percepita come rischiosa e pericolosa. Inoltre, un ambiente autoritario fa crescere l'individuo con la convinzione di essere incapace e di avere bisogno di affidarsi al supporto e alla guida altrui. Di conseguenza, diventa necessario mantenere il legame con l'altro, compito che viene affidato al mode Arreso compiacente. Questa parte si assicura di preservare la connessione attraverso un atteggiamento sottomesso e compiacente.

Come appare in seduta

Nel contesto terapeutico, il mode Arreso compiacente si manifesta attraverso diverse sfumature che possono influenzare il rapporto tra paziente e terapeuta. Una delle prime dinamiche evidenti è la difficoltà del paziente nel rispondere alle domande dirette poiché cerca di intuire quello che il terapeuta desidera sentire. Questo atteggiamento può rendere difficile per il terapeuta creare una connessione autentica poiché questa parte tende a adattarsi alle aspettative dell'altro.

Quando è in questo mode il paziente può apparire gentile, molto cooperativo e fare il «bravo paziente», accettando prontamente le proposte del terapeuta.

Potrebbe mostrarsi eccessivamente attento ai bisogni e allo stato emotivo del terapeuta (Bernstein & van den Broek, 2009), monitorare il suo umore, chiedendo come sta, ed esprimere preoccupazione per il suo benessere. Un altro aspetto che si potrebbe osservare è una propensione a fornire feedback particolarmente positivi sulla terapia e sul terapeuta stesso (Bernstein & van den Broek, 2009), un modo per assicurarsi di mantenere il legame.

Un paziente che si trova nel mode Arreso compiacente tenderà a evitare l'espressione di lamentele, delusioni o rabbia, anche quando sarebbero giusti-

ficare. A volte, questi sentimenti repressi possono sfociare in improvvisi scoppi di rabbia o manifestarsi in modo passivo-aggressivo, attraverso comportamenti come l'assenza o il ritardo alle sedute (Bernstein & van den Broek, 2009).

Infine, nel corso della terapia, il paziente condividerà episodi della vita quotidiana in cui si è sottomesso agli altri o si è sacrificato. Questi racconti mettono in luce una difficoltà nel dire di no e la propensione ad accettare di svolgere attività indesiderate.

I terapeuti potrebbero non accorgersi della presenza del mode Arreso compiacente, interpretando la collaborazione come un aspetto positivo. Tuttavia, con il passare del tempo, inizia a essere evidente che non ci sono progressi significativi. Per questo motivo è importante svolgere un buon *assessment* nella fase iniziale che consenta una concettualizzazione corretta e un adattamento dell'approccio terapeutico, rilevando fin da subito la presenza del mode.

Esempio di paziente nel mode Arreso compiacente

- T: Ciao Anna, è successo qualcosa di cui mi vorresti parlare questa settimana?
- P: Sì, è successa una cosa con mia cugina. Lei mi chiede spesso di prestarle i miei vestiti e di solito non mi dispiace troppo. Ma l'altro giorno mi ha chiesto uno dei miei vestiti preferiti e in realtà non volevo darglielo... Però ho finito col dire di sì con un sorriso.
- T: Mmm... Capisco... Sembra che tu ti sia sentita un po' costretta a dire di sì, anche se in realtà non volevi farlo. Cosa ti ha fatto decidere di dirle sì?
- P: Mi sembrava brutto dirle di no, non voglio che si arrabbi o che se la prenda... È la mia unica amica e non voglio rovinare il nostro rapporto.
- T: Comprendo le tue preoccupazioni. Mi sembra che tu abbia messo da parte quello che volevi tu per la paura di conseguenze negative. È così?
- P: Sì, è così... Ero un po' combattuta... Volevo dire di no, ma allo stesso tempo non volevo rischiare di avere problemi con lei.
- T: È comprensibile che tu fossi in conflitto. Mi sembra che ti preoccupi molto per la reazione di tua cugina e per il vostro rapporto. Ti è mai capitato di dire quello che vuoi veramente, anche se potrebbe non essere quello che vuole l'altra persona?
- P: Beh, diciamo che la maggior parte delle volte non riesco a farlo.
- T: C'è qualcosa che temi?
- P: Ho paura che l'altra persona si possa arrabbiare o allontanare da me.

Trattamento

Il trattamento del mode Arreso compiacente inizia con l'identificazione e la comprensione dei comportamenti di sottomissione e con il tentativo di limitarlo appena possibile all'interno della relazione terapeutica.

È importante che il terapeuta sia consapevole del rischio di essere tratto in inganno dall'atteggiamento di «bravo paziente», in cui il paziente si adegua con facilità alle indicazioni e alle richieste terapeutiche. Questo atteggiamento, sebbene abbia il vantaggio di favorire l'aderenza al trattamento, deve essere riconosciuto per non rischiare di rafforzare il mode. Il desiderio di questa parte di soddisfare le aspettative del terapeuta potrebbe portare il paziente a sopprimere o minimizzare parti importanti della sua esperienza, impedendogli così di rivelare la sua parte più autentica e vera anche nella relazione terapeutica.

Come per tutti i mode di coping, uno dei primi passi è sviluppare la consapevolezza dei momenti in cui questa parte si attiva. Il paziente deve imparare a riconoscere le situazioni in cui si comporta in modo sottomesso e compiacente. Questo passo è essenziale per mettere in moto un cambiamento e imparare a sostituire i comportamenti passivi con atteggiamenti più assertivi e funzionali. Ciò significa imparare a dire no quando appropriato, esprimere opinioni e desideri in modo aperto, e porre confini sani nelle relazioni. Il terapeuta mette in luce come l'Arreso compiacente influenzi negativamente le relazioni nella vita del paziente e ha come obiettivo lo sviluppo di un maggiore equilibrio e autenticità. Il trattamento ha lo scopo di disinnescare questa parte, promuovendo una maggiore consapevolezza dei propri bisogni, pensieri ed emozioni, una comunicazione assertiva e la costruzione di una relazione più autentica con sé stessi e con gli altri.

Interventi cognitivi

L'Arreso compiacente, come gli altri mode di coping, agisce in modo automatico e spesso sfugge alla consapevolezza diretta del paziente. Durante la condivisione della *formulazione del caso* con il paziente, uno degli obiettivi iniziali è renderlo consapevole dell'esistenza di questa parte e delle sue caratteristiche. Come sempre, si consiglia una visualizzazione grafica che aiuti il paziente nella comprensione del modello e gli permetta di vedere più chiaramente il legame tra le sue varie parti. Il linguaggio tecnico va evitato, si preferisce utilizzare un termine personalizzato che rispecchi l'esperienza unica del singolo individuo. Il paziente viene coinvolto attivamente nell'attribuire un nome o una breve frase che catturi l'essenza del comportamento tipica del suo Arreso compiacente. Alcuni nomi tipici sono: il Tappetino, la Disponibile, il Bravo ragazzo, il Camaleonte, la Persona gentile.

T: Durante le nostre sedute mi hai detto che c'è una parte di te per cui è importante andare d'accordo con le altre persone. In particolare, mi hai detto che non ti piace

discutere con il tuo fidanzato, con tua mamma o con tua cugina, e che lasci sempre decidere a loro che cosa fare. È come se ci fosse una parte di te che è sempre pronta a dire sì, anche quando in realtà potresti voler dire di no. Mi sembra che ci sia una certa paura che, se esprimessi quello che pensi o che desideri, l'altra persona potrebbe reagire negativamente o anche allontanarsi. Questa parte è così preoccupata di queste cose che farebbe di tutto pur di evitare che accada. Ti porta a mettere da parte i tuoi bisogni, le tue idee, i tuoi desideri per andare sempre d'accordo con gli altri.

Nel corso della terapia, viene dedicato spazio alla *psicoeducazione* per evidenziare al paziente le differenze tra una sana disponibilità e collaborazione nelle relazioni e un atteggiamento di sacrificio e sottomissione. Si spiega come distinguere quando un comportamento disponibile si configura in una risposta adeguata e funzionale alla situazione e quando invece assume le caratteristiche dell'Arreso compiacente. La psicoeducazione aumenta la consapevolezza del paziente, consentendogli di valutare le situazioni interpersonali e capire se la sua risposta soddisfa il bisogno di espressione di sé o se sia invece spostata verso la sottomissione. Questo può rappresentare un primo passo verso il riconoscimento di certi modelli di comportamento e verso la capacità di scegliere risposte più equilibrate nelle relazioni interpersonali.

Psicoeducazione sulla disponibilità sana

T: Tutte relazioni sono un delicato equilibrio tra dare e ricevere. Essere disponibili con gli altri in modo sano significa poter condividere le proprie opinioni e desideri e ascoltare quelli degli altri. Questo tipo di rapporto è basato su una comunicazione aperta, sul rispetto reciproco e sulla volontà di trovare soluzioni che soddisfino entrambe le parti. Invece, quando metti da parte i tuoi bisogni e desideri per evitare i conflitti o per paura di deludere gli altri, questo è un atteggiamento passivo. In questo caso, potresti finire per fare cose che non vuoi solo per mantenere la pace o per evitare di ferire qualcuno. Questo comportamento nel tempo può portare a provare risentimento e alla sensazione di non essere ascoltata. Il nostro obiettivo qui è aiutarti a distinguere tra questi due modi di interagire. Vogliamo rafforzare la tua capacità di essere autentica nelle tue relazioni, di esprimere i tuoi bisogni in modo rispettoso e di ascoltare quelli degli altri senza perdere di vista te stessa. Lavorando insieme, possiamo trovare un equilibrio sano tra dare e ricevere, in modo che le tue relazioni siano più soddisfacenti e gratificanti.

È possibile riconoscere delle caratteristiche positive all'interno dell'Arreso compiacente, come la sensibilità e l'empatia verso gli altri. Questi aspetti, quando presenti in modo equilibrato, possono rappresentare delle risorse positive ed essere integrati all'interno dell'Adulto sano. Essere in grado di

considerare sia i propri bisogni sia quegli degli altri migliora la qualità delle relazioni interpersonali.

T: Abbiamo tutti tre modalità di reazione di fronte alle situazioni: possiamo assumere un atteggiamento passivo e remissivo, possiamo evitare o contrattaccare a seconda delle circostanze. Queste strategie sono parte naturale della nostra risposta agli eventi della vita, ma è interessante notare come ognuno di noi abbia la tendenza a preferire una di queste strategie in base al nostro temperamento e alle esperienze passate. Mi sembra che tu abbia una parte di te che è molto orientata verso gli altri, che manifesta una grande sensibilità ed empatia. Queste sono delle risorse che possono contribuire a costruire relazioni significative e farti apprezzare dagli altri. Tuttavia, sembra che questa parte sia eccessiva al punto da mettere in secondo piano i tuoi bisogni. Il nostro lavoro sarà quello di aiutarti a bilanciare questa parte di te. Non vogliamo eliminare la tua sensibilità ed empatia, perché sono delle belle qualità, ma è importante che tu dia lo stesso valore ai tuoi bisogni come fai con quelli degli altri.

Quando si lavora con i mode di coping è di fondamentale importanza che il paziente acquisisca la capacità di riconoscere quando l'Arreso compiacente si attiva. Il terapeuta evidenzia la presenza di questa parte durante le sedute, identificando i segnali che lo caratterizzano. Ad esempio, potrebbe notare un atteggiamento eccessivamente passivo e accomodante da parte del paziente, o una difficoltà a rispondere alle domande che cercano di far emergere bisogni ed emozioni. Per aiutare il paziente a sviluppare la capacità di riconoscere l'attivazione del mode durante la sua quotidianità, è possibile utilizzare dei *diari di automonitoraggio* da compilare a casa.

Una strategia cognitiva che viene tipicamente usata per lavorare con i mode di coping è la *tecnica dei pro e dei contro* (tabella 3.1). Questa tecnica permette di evidenziare i benefici che l'Arreso compiacente può offrire al paziente, come il mantenimento del legame con gli altri e quindi di soddisfare il bisogno di attaccamento. Si riflette poi sugli svantaggi, cercando di far vedere al paziente che questa parte impedisce una vera autenticità nelle relazioni, causa una mancanza di connessione profonda con sé stessi e non permette di soddisfare i bisogni di autonomia, competenza ed espressione di sé. Inoltre, l'abitudine a sacrificare i propri desideri può portare a un accumulo di risentimento e frustrazione nel tempo. Il processo di valutazione dei pro e dei contro aiuta il paziente a riflettere in modo obiettivo sul funzionamento del mode Arreso compiacente e a motivarsi per impegnarsi attivamente per sostituirlo gradualmente con comportamenti più funzionali. La lista può essere consegnata al paziente che può guardarla nel corso della settimana per aumentare la sua motivazione al cambiamento.

Trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

La vita deve essere vissuta, non controllata.

Fabrizio Caramagna

Caratteristiche

Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP) è uno dei disturbi di personalità più diffusi nella popolazione generale (deReus & Emmelkamp, 2012) con una prevalenza che va dal 3% all'8% (Grant et al., 2012). Questo disturbo è caratterizzato principalmente da un rigido perfezionismo, da un'eccessiva preoccupazione per l'ordine e dalla necessità di controllo sul proprio ambiente che causano una perdita di flessibilità, apertura ed efficienza (APA, 2013).

Il perfezionismo è una delle caratteristiche centrali, è autoimposto e porta a fissarsi standard talmente elevati da interferire con il completamento dei compiti e il raggiungimento degli obiettivi. Le persone con DOCP prestano attenzione a dettagli banali e trascorrono una quantità di tempo esagerato a pianificare e organizzare. L'estrema attenzione ai dettagli, all'ordine, all'organizzazione e alle regole, permette loro di ottenere un senso di controllo o di padronanza (Reddy, 2020).

Sono persone che dedicano troppo tempo al lavoro e alla produttività a discapito di altre aree, come il tempo libero, il piacere, le relazioni sociali e sentimentali (Arntz, 2012; Reddy, 2020). Il loro senso di identità è legato al

lavoro e al livello di produttività (Simon, 2015). Hanno difficoltà a rilassarsi, si sentono obbligate a pianificare le attività minuziosamente e non tollerano il tempo non strutturato (Pinto et al., 2008).

Sono eccessivamente coscienti, scrupolose e inflessibili su questioni di moralità, valori ed etica (APA, 2013; Reddy, 2020). Spesso descritte come rigide e controllanti (Pinto et al., 2008), impongono agli altri il loro rigido sistema di valori e principi (Reddy, 2020). Hanno difficoltà a delegare perché non hanno fiducia nelle capacità degli altri, temono possano fare errori o non fare le cose nel modo corretto (Reddy, 2020). Ritenendo di fare le cose nel modo più giusto e in maniera precisa, hanno un'alta considerazione di sé mentre gli altri vengono considerati incapaci, irresponsabili e inferiori poiché non soddisfano i loro standard elevati (Simon, 2015). Tuttavia, questo senso di superiorità non sempre viene manifestato e può non essere percepito dall'esterno (Weertman et al., 2008).

Dal punto di vista emotivo, tendono a sperimentare una gamma ristretta di emozioni. A causa del perfezionismo, della rigidità e dell'attenzione alle regole, spesso sperimentano un'ansia cronica e rimuginano sulla paura di fare la cosa sbagliata o di non fare abbastanza bene. Questo può portare a indecisione e procrastinazione. L'ansia, inoltre, li può predisporre a sviluppare disturbi psicosomatici, come mal di testa da tensione, mal di schiena, stitichezza e ulcere. Per le loro caratteristiche di personalità, conducono una vita noiosa e poco soddisfacente e possono soffrire di depressione (Simon, 2015).

Il DOCP può compromettere le relazioni interpersonali di questi pazienti. La difficoltà con l'empatia e l'intimità, i comportamenti di controllo e la rigidità ostacolano la capacità di sviluppare relazioni significative e autentiche. Possono manifestare difficoltà anche nella sfera sessuale per la loro rigidità, ipercontrollo e mancanza di spontaneità. Le disfunzioni sessuali più comuni sono scarso desiderio sessuale, incapacità ad avere l'orgasmo, eiaculazione precoce e dispareunia (Simon, 2015).

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale, il DOCP presenta degli elementi in comune con altri disturbi psicopatologici (APA, 2013). Il DOCP non va confuso con il disturbo ossessivo-compulsivo poiché non presenta vere ossessioni e compulsioni egodistoniche. Tuttavia, alcuni individui possono soddisfare i criteri diagnostici per entrambi i disturbi e le persone con DOCP soffrono di ossessioni e compulsioni più della media (Simon, 2015).

Rispetto agli altri disturbi di personalità, il DOCP e il disturbo narcisistico di personalità hanno in comune la convinzione che gli altri non siano in grado di svolgere compiti con la stessa competenza. Tuttavia, nel DOCP è presente un atteggiamento autocritico che non si riscontra nel narcisista. Un'ulteriore

differenza sta nella capacità del paziente narcisista di concedersi i piaceri della vita. Il DOCP condivide con il disturbo schizoide di personalità un'aura di formalità e distacco sociale. Mentre nel disturbo schizoide deriva da un'incapacità di instaurare intimità, nel DOCP è una conseguenza del disagio verso le emozioni e dell'eccessiva focalizzazione sul lavoro (Simon, 2015).

Origini e bisogni emotivi di base

La letteratura sulle teorie psicologiche e biologiche riguardanti il DOCP è scarsa e spesso contraddittoria (Diedrich, 2005). Essendo la ST un modello che si basa sulla teoria secondo cui la non soddisfazione dei bisogni emotivi primari nell'infanzia porta allo sviluppo di schemi maladattivi precoci, ci concentreremo sulle caratteristiche tipiche dell'ambiente di sviluppo dei pazienti con DOCP.

Come in tutti i disturbi del cluster C, il DOCP è associato ad abusi di tipo emotivo durante l'infanzia (Arntz, 2012). A livello di attaccamento, le persone con DOCP non sono riuscite a formare un attaccamento sicuro. Hanno ricevuto poche cure (Nordahl & Stiles, 1997; Perry et al., 2007), sono cresciute in un ambiente che poneva particolare enfasi sul controllo a discapito del calore (McWilliams, 1994), determinando quindi un'atmosfera familiare fredda e severa (Arntz, 2012). Per imparare a entrare in intimità e a sviluppare empatia, i bambini hanno bisogno di fare esperienze di relazioni sicure, empatiche e di accudimento (Brazelton & Cramer, 1992). Non avendo avuto questa possibilità, le persone con DOCP non sono riuscite a svilupparsi adeguatamente a livello emotivo e di empatia (Nordahl & Stiles, 1997; Perry et al., 2007).

Lo stile genitoriale può essere caratterizzato da dominanza, ipercontrollo e intrusività (Hertler, 2014), e da bambini venivano sovraccaricati di responsabilità (Arntz, 2012). Le punizioni a cui venivano sottoposti erano molto severe, veniva data particolare importanza a fare le cose nel modo corretto e alle regole, senza tenere in considerazione i costi per il bambino (Benjamin, 1993). Possiamo trovare esperienze in cui il fallimento veniva punito o c'erano poche lodi e riconoscimento per i successi (McWilliams, 1994). Crescere in un ambiente in cui mancano degli elogi di tipo esplicito, porta il bambino a una corsa infinita alla ricerca di risultati sempre più alti, con la speranza di riuscire a essere abbastanza bravo per ricevere finalmente l'approvazione dai genitori (Jacob et al., 2015).

L'ambiente familiare può essere caratterizzato da genitori che davano particolare importanza ai successi e ai risultati, ma svalutavano o ignoravano altri aspetti importanti della vita, come il divertimento o la spontaneità.

Nella loro storia potremmo trovare un atteggiamento familiare che prendeva in giro, rimproverava o puniva l'espressione spontanea e libera delle emozioni. Il bambino impara che le emozioni sono sbagliate e che devono essere controllate per non rischiare di essere rifiutato o criticato. Gli atteggiamenti disfunzionali potrebbero anche venire appresi per modellamento attraverso le ripetute interazioni con caregiver che mostravano comportamenti rigidi, controllanti e ossessivi (Carr, 1974).

Mettendo in relazione le caratteristiche dell'ambiente familiare con i bisogni emotivi primari evidenziati da Young e colleghi, (2003) possiamo vedere che non sono soddisfatti:

- attaccamento sicuro
- spontaneità e gioco.

Secondo Young e colleghi, (2003) la presenza in contemporanea degli schemi di standard severi/ipercriticismo e inibizione emotiva caratterizza il DOCP. Le correlazioni tra SMP e disturbi di personalità presentano una notevole diversità di risultati tra i vari studi, e le correlazioni esatte non sono ancora completamente chiare. Questa discrepanza potrebbe essere attribuita alle differenze metodologiche presenti all'interno della letteratura scientifica (Kunst et al., 2020). Alcuni studi hanno confermato una correlazione con gli standard severi (Carr & Francis, 2010; Jovev & Jackson, 2004; Reeves & Taylor, 2007). Nello studio di Kunst e colleghi (2020) i tratti ossessivo-compulsivi di personalità erano correlati positivamente e in modo significativo alla maggior parte degli SMP a eccezione dell'abbandono/instabilità, della deprivazione emotiva e della sfiducia/abuso. Relazioni univoche sono state riscontrate con lo schema di standard severi e quello di pretese.

Concettualizzazione

Artanz (2012, 2021) delinea i mode principali dei pazienti con DOCP:

- Perfezionista ipercontrollante
- Autoesaltatore
- Genitore esigente
- Bambino vulnerabile
- Adulto sano.

La caratteristica che contraddistingue questo tipo di pazienti è la presenza di una forte strategia di coping di ipercompensazione. Il Perfezionista

ipercontrollante, il loro modo di coping tipico, utilizza il controllo eccessivo, il perfezionismo e il rimuginio per evitare errori, critiche o senso di colpa.

Questo modo si attiva in risposta alle richieste eccessive e agli standard elevati nell'ambito delle prestazioni e del comportamento del modo Genitore esigente, che condanna inoltre l'espressione delle emozioni e la spontaneità.

Spesso è presente un altro modo di coping, l'Autoesaltatore, che riflette una tendenza a sentirsi superiori agli altri. I pazienti con DOCP sono convinti di essere più coscienti, responsabili e affidabili, considerandosi i soli ad agire nel modo corretto. La visione negativa degli altri, considerati inaffidabili e negligenzi, li fa sentire obbligati a tenere tutto sotto controllo e a farsi carico di ogni responsabilità. Questi aspetti, che richiamano tratti narcisistici, non sempre vengono espressi apertamente e potrebbero non essere percepiti dall'esterno.

Il modo del Bambino vulnerabile è la parte che si sente inadeguata e che teme di mostrare le proprie emozioni, per questo riteniamo utile denominarla come un modo Bambino inadeguato e inibito. All'inizio della terapia questa parte non è solitamente accessibile al paziente, il quale potrebbe non esserne consapevole o negarne l'esistenza.

Rispetto ad altri pazienti con disturbi di personalità, il modo Adulto sano è maggiormente sviluppato (figura 4.1).

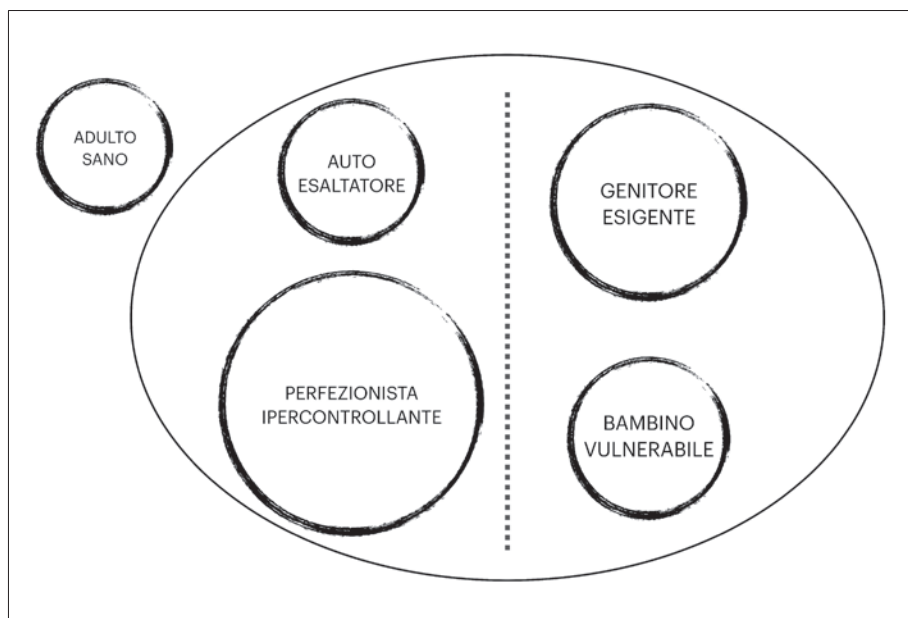


Fig. 4.1 Mappa dei modi del DOCP.

Obiettivi del trattamento

In Schema Therapy lo scopo generale della terapia è sviluppare le capacità della parte sana del paziente di prendersi cura delle proprie emozioni e dei propri bisogni emotivi in modo in più possibile funzionale. Con i pazienti con DOCP lo scopo della terapia è soddisfare principalmente il bisogno di spontaneità e gioco, all'interno del quale troviamo anche gli aspetti di apertura emotiva e di aspettative realistiche. È necessario aiutarli ad avere accesso e riconoscere la propria parte vulnerabile, che solitamente non viene percepita o viene negata.

All'inizio della terapia ci troveremo di fronte al mode Perfezionista ipercontrollante, che blocca l'accesso al mode Bambino vulnerabile. Dovremo quindi concentrare la nostra attenzione sul mode di coping e utilizzare le strategie più utili per riuscire a bypassarlo. Appena possibile, sarà necessario lavorare in parallelo con il mode del Genitore esigente per sostituire le richieste eccessive e gli standard elevati con delle aspettative più realistiche. Il lavoro con il mode Genitore esigente è fondamentale per permettere al paziente di iniziare a ridurre le strategie di coping disfunzionali. Generalmente, se non si interviene su questa parte, difficilmente il paziente sarà in grado di diminuire i mode di coping poiché significherebbe rischiare di sentirsi inadeguato, inferiore, rifiutato, criticato o in colpa.

In Schema Therapy è fondamentale osservare quale mode è attivo in un determinato momento per decidere le strategie più efficaci da utilizzare. Nei prossimi paragrafi metteremo in luce quali strategie si possono utilizzare per lavorare con i principali mode del DOCP.

Obiettivi nel trattamento del DOCP:

- diventare consapevole del mode Perfezionista ipercontrollante e ridurre i comportamenti controllanti e perfezionistici;
- diminuire l'influenza del mode Genitore esigente sostituendolo con aspettative e standard realistici;
- entrare in contatto con le emozioni del Bambino inadeguato e inibito e prendersi cura dei suoi bisogni di accettazione incondizionata e spontaneità e divertimento;
- liberare il Bambino felice e lasciare più spazio alla spontaneità, alla gioia e al divertimento;
- potenziare l'Adulto sano che si connette, accetta e si prende cura del Bambino vulnerabile.

Perfezionista ipercontrollante

Caratteristiche generali

Il Perfezionista ipercontrollante è il mode di coping che caratterizza il DOCP ed è il mode in cui si trova di default il paziente. Essendo un mode di coping di ipercompensazione, ha lo scopo di compensare emozioni e sensazioni di vulnerabilità sottostanti, come la paura di essere inadeguato, inferiore o rifiutato ma anche la paura dell'incertezza, dell'imprevedibilità e di perdere il controllo (Simpson, 2020). Il paziente cerca di proteggersi dalle sensazioni di vulnerabilità cercando di fare le cose nel modo giusto e cercando di essere perfetto.

Le caratteristiche e i sintomi tipici di questo mode sono perfezionismo, eccessiva attenzione ai dettagli, alle regole, alle liste, all'organizzazione e alla pianificazione. Il paziente si concentra sulle prestazioni e sulla produttività sacrificando il tempo libero, le relazioni interpersonali e la salute. Fare le cose nel modo corretto, essere efficiente e produttivo hanno lo scopo di dimostrare il proprio valore. Questo mode può focalizzare la sua attenzione in diversi ambiti, ad esempio scuola, lavoro, esercizio fisico, alimentazione, aspetto fisico (Simpson, 2017).

Quando questo mode è attivo il paziente è ipercontrollante nei confronti di sé stesso, degli altri e dell'ambiente, rimugina e analizza in maniera eccessiva. L'ipercontrollo è necessario per non fare errori, non sentirsi in colpa e per gestire l'ansia. Questo atteggiamento di controllo potrebbe interferire in varie aree della vita del paziente: ad esempio, sul lavoro ha difficoltà a delegare i compiti, nelle relazioni sentimentali e in famiglia controlla costantemente il partner e i figli per assicurarsi che facciano le cose in un certo modo.

A livello emotivo, il paziente è inibito, logico e razionale. Il suo stile di vita è caratterizzato da estrema importanza all'autodisciplina, sopportazione stoica delle difficoltà e perfezionismo morale. Non c'è spazio nemmeno per i bisogni fisiologici di base, come mangiare o riposarsi, che vengono considerati tempo perso e che trovano spazio solo dopo aver fatto il proprio dovere. Questo mode di coping «tiene a bada» i bisogni e le emozioni che possono suscitare critiche e vergogna (Simpson, 2017, 2020).

Come tutti i mode di coping, lo scopo del Perfezionista ipercontrollante è di evitare di entrare in contatto con le sensazioni dolorose del Bambino vulnerabile sottostante. Tutte le energie che vengono investite nelle strategie che abbiamo visto in precedenza hanno l'obiettivo di far fronte alle richieste del Genitore esigente. Lo scopo del Perfezionista ipercontrollante è di riuscire

a ottenere accettazione, amore o riconoscimento attraverso delle prestazioni perfette.

Ragionando in termini di schemi, questo mode è la manifestazione di uno schema di standard severi/ipercriticismo secondario poiché si sviluppa come tentativo di compensare gli schemi principali sottostanti collegati al mode Bambino vulnerabile.

Come appare in seduta

Il mode Perfezionista ipercontrollante è la parte che di solito il terapeuta si trova di fronte all'inizio della terapia. Ci troveremo davanti una persona controllata, razionale, emotivamente inibita e poco spontanea. Si esprime con un linguaggio formale e forbito, che evidenzia l'attitudine alla perfezione nelle sue espressioni verbali. Nei suoi racconti si concentra sugli aspetti concreti delle situazioni e fa descrizioni ricche di dettagli, spesso non necessari, che possono far sentire il terapeuta poco coinvolto ed emotivamente distaccato. Quando è in questo mode, il paziente può avere la tendenza a condurre la seduta: le descrizioni dettagliate rendono difficile al terapeuta avere un accesso emotivo e a volte potrebbe essere difficile intervenire; se si prova a interromperlo, può provare un certo fastidio, e cerca di riportare la conversazione sugli argomenti che ritiene importanti e su cui si sente in controllo (Bernstein & van den Broek, 2009). Quando il terapeuta tenta di esplorare gli aspetti emotivi, il paziente risponde con cognizioni e fatica a entrare in contatto con sentimenti e bisogni.

Solitamente il paziente giunge in terapia a causa di sensazioni di ansia, stress, nervosismo e senso di pressione costante che in genere accompagnano questo mode. In apparenza, questo mode sembra funzionare estremamente bene, ma difficilmente è sostenibile sul lungo periodo e, avendo difficoltà a riposare e prendersi del tempo libero, a un certo punto iniziano a emergere gli effetti negativi. Altre volte, sono le persone più vicine al paziente, come ad esempio il partner, a spingerlo in terapia lamentando poco coinvolgimento emotivo o eccessivo controllo sull'ambiente.

Spesso la richiesta del paziente è di avere delle strategie veloci e pratiche per gestire le sensazioni spiacevoli, che significherebbe rinforzare il mode di coping. Questa parte, infatti, viene percepita dal paziente in modo egosintonico poiché è considerata una strategia efficace e affidabile che garantisce un senso di controllo e di realizzazione, e permette spesso di ottenere risultati positivi e successi. Anche l'ambiente stesso potrebbe rinforzare questo mode poiché in molti casi i pazienti vengono elogiati per la loro precisione, scrupolosità, coscienziosità e impegno costante, e in generale, essere in forma, mangiare sano

ed essere ordinati viene considerato uno stile di vita salutare. Inoltre, essendo solitamente persone poche emotive e poco divertenti, spesso vengono ricercate dagli altri più per questo loro lato efficiente e produttivo, rafforzando l'idea di essere apprezzati proprio per questi aspetti.

Nella stanza della terapia, le richieste e l'atteggiamento del paziente possono «attivare» il terapeuta che potrebbe sentirsi anch'esso sotto pressione, con la sensazione di dovere essere efficiente e di dover lavorare velocemente. Il paziente potrebbe presentarsi con una lista degli argomenti di cui occuparsi, potrebbe prendere appunti durante la seduta per la paura di non ricordare tutto, chiedere informazioni dettagliate sul modello teorico o approfondire il modello per conto proprio. Il terapeuta potrebbe sentire di dover dimostrare la propria preparazione e assumere un atteggiamento didattico e di eccessiva spiegazione del modello rimanendo con il paziente su un piano cognitivo. È importante non cadere in questa trappola e trovare un giusto equilibrio tra una parte più cognitiva di cui il paziente ha bisogno per acquisire fiducia nel terapeuta e una continua attenzione alla vulnerabilità sottostante che vogliamo raggiungere.

Essendo un mode di coping, il Perfezionista ipercontrollante tiene lontane le sensazioni di vulnerabilità e quando il paziente è in questo mode oltre a non essere in contatto con le emozioni, non è in contatto neanche con le sensazioni corporee e fatica ad avervi accesso. Sono pazienti che possono non sentire la stanchezza e ignorare il bisogno di mangiare, dormire o riposarsi.

Esempio di paziente nel mode Perfezionista ipercontrollante

P: Ho preparato una lista di argomenti che vorrei affrontare oggi in seduta. Voglio essere sicuro di non tralasciare nulla e di usare il tempo che abbiamo a disposizione in modo proficuo. Non voglio perdere neanche un dettaglio importante. Prima le farò una carrellata generale e poi magari decidiamo assieme da dove è più conveniente partire. Punto primo, c'è quel progetto sul lavoro che mi sta causando preoccupazione e ansia. Punto secondo, vorrei analizzare anche le mie relazioni interpersonali perché questa settimana sono uscito e ho osservato alcuni aspetti interessanti. Punto terzo, sono stato a casa dei miei genitori e ho fatto delle riflessioni sull'atteggiamento di mia madre. Sarebbe fantastico se riuscissimo a occuparci di tutti e tre oggi.

Trattamento

Quando in ST ci si trova di fronte a un mode di coping, la strategia di trattamento principale consiste nel bypassarlo per riuscire ad applicare le tecniche esperienziali maggiormente focalizzate sulle emozioni (Arntz & Jacob,