

Guida pratica alla Schema Therapy

Assessment, tecniche, strategie di
trattamento e applicazioni specifiche

Edizione italiana a cura di
Ambra Malentacchi e Elena Rosin

Robert N. Brockman, Susan Simpson,
Christopher Hayes, Remco van der Wijngaart
e Matthew Smout

GUIDE
PSICOLOGIA

The Erickson logo is located in the bottom right corner of the cover. It consists of a solid red square with the word "Erickson" in white serif font. A small white square is positioned above the letter 'i' in "Erickson".

Erickson

GUIDA PRATICA ALLA SCHEMA THERAPY

La Schema Therapy (ST) ha guadagnato una crescente popolarità in tutto il mondo. L'efficacia e il rapporto costi-benefici di questo approccio sono ormai supportati da numerosi studi empirici.

Tra i più completi manuali sulla Schema Therapy, questa guida è uno strumento essenziale per apprenderla e praticarla in ogni suo aspetto.

Gli autori trattano in modo rigoroso e accurato la cornice teorica della Schema Therapy, le modalità per instaurare una corretta relazione con il paziente e condurre ogni fase della terapia, l'applicazione in diversi contesti e con diverse patologie. Diretto a terapeuti già esperti in Schema Therapy, così come a coloro che desiderino approfondirne la conoscenza, il volume offre indicazioni metodologiche e operative, strategie di intervento e modelli di applicazione per numerosi disturbi.

GLI AUTORI

ROBERT N. BROCKMAN
PhD, psicologo clinico e accademico, è direttore dello Schema Therapy Sydney e codirettore di schematherapytrainingonline.com, una piattaforma online per la formazione in Schema Therapy.

SUSAN SIMPSON
PsyD, psicologa clinica e accademica attiva in Scozia, è direttrice dello Schema Therapy Scotland e codirettrice di InhaleLifeNow.com e del Global Institute of Eating Disorders.

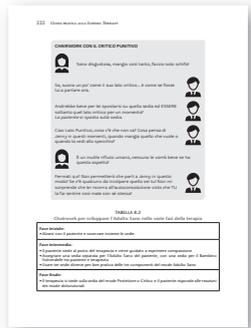
CHRISTOPHER HAYES
MA (Psych), psicologo clinico attivo a Perth, in Australia, è direttore dello Schema Therapy Training Australia e codirettore di schematherapytrainingonline.com.

REMCO VAN DER WIJNGAART
MSc, è uno psicoterapeuta che esercita privatamente a Maastricht, nei Paesi Bassi. È direttore del Dutch Institute for Schema Therapy, dove offre corsi di formazione.

MATTHEW SMOUT
PhD, è psicologo clinico e direttore del programma di Master of Clinical Psychology presso la University of South Australia, Adelaide. È anche direttore della University of South Australia Psychology Clinic.



Box con esempio di caso clinico



Esempio di dialogo tra paziente e terapeuta

Un modello applicabile in un'ampia gamma di contesti clinici

€ 37,50

9 178885910412451

www.erickson.it

Indice

<i>Prefazione</i> (Professor Arnoud Arntz)	13
<i>Introduzione</i>	15
PRIMA PARTE	
Panoramica del modello della Schema Therapy	
CAPITOLO 1	
Dai bisogni emotivi di base agli schemi, gli stili di coping e i mode: il modello concettuale della Schema Therapy	19
CAPITOLO 2	
Ricerche a supporto della Schema Therapy	33
SECONDA PARTE	
Il modello della Schema Therapy in pratica	
CAPITOLO 3	
L'assessment in Schema Therapy	61
CAPITOLO 4	
Concettualizzazione del caso e mappa dei mode in Schema Therapy	117
CAPITOLO 5	
Immaginare la strada da percorrere: un modello per il percorso di Schema Therapy	129
CAPITOLO 6	
Strategie di intervento per la guarigione degli schemi 1. Limited reparenting	151
CAPITOLO 7	
Strategie di intervento per la guarigione degli schemi 2. Strategie cognitive	181
CAPITOLO 8	
Strategie di intervento per la guarigione degli schemi 3. Tecniche esperienziali	195

CAPITOLO 9		
	Strategie di intervento per la guarigione degli schemi 4.	
	Tecniche di cambiamento comportamentale	231
CAPITOLO 10		
	Costruire una connessione con i mode Sani.	
	I mode Adulto Sano e Bambino Felice	259
CAPITOLO 11		
	Aggirare i mode di coping disfunzionali	
	per supportare il cambiamento	275
CAPITOLO 12		
	Preparazione alla conclusione e alla fase finale	
	della Schema Therapy	291
TERZA PARTE		
Applicazione e adattamenti per diverse manifestazioni		
psicopatologiche		
CAPITOLO 13		
	Schema Therapy per Depressione cronica	
	e Disturbi d'Ansia	305
CAPITOLO 14		
	Lavorare con il trauma complesso e la dissociazione in	
	Schema Therapy	323
CAPITOLO 15		
	La Schema Therapy per i Disturbi del Comportamento	
	Alimentare	339
QUARTA PARTE		
Applicazione della Schema Therapy in diversi contesti e		
popolazioni		
CAPITOLO 16		
	La Schema Therapy nella popolazione forense	355
CAPITOLO 17		
	La Schema Therapy di gruppo	367
CAPITOLO 18		
	La Schema Therapy per i terapeuti	
	Migliorare il benessere del terapeuta e aumentare	
	i risultati del paziente, attraverso la consapevolezza	
	e la guarigione degli schemi del terapeuta	381

CAPITOLO 19	
Supervisione e relazione di supervisione in Schema Therapy	395
CAPITOLO 20	
La Schema Therapy online	403
<i>Epilogo. Continuare il viaggio</i>	413
<i>Postfazione (Jeffrey Young)</i>	415
<i>Appendice: Domande del colloquio / Guida al processo di assessment (capitolo 3)</i>	417
<i>Bibliografia</i>	431

Introduzione

Siamo stati molto lieti dell'invito dei nostri colleghi della Cambridge University Press a scrivere questo libro sulla Schema Therapy. Il loro invito ha rappresentato per noi un'ulteriore prova della crescente popolarità e diffusione della Schema Therapy. Ha evidenziato anche come la base di ricerca della Schema Therapy sia ormai ampiamente riconosciuta tra i nostri colleghi terapeuti (si veda il capitolo 2 per una panoramica delle evidenze). Da quando il modello della Schema Therapy è stato sviluppato dal suo ideatore, Jeffrey Young, negli anni Ottanta e Novanta, è emersa una nuova generazione di terapeuti che ha sviluppato ulteriormente il modello per usarlo in nuovi contesti terapeutici e per guidarne la valutazione empirica. Questa nuova generazione di terapeuti di Schema Therapy, molti dei quali sono stati formati direttamente da Jeffrey Young e dai suoi colleghi presso il *New York Schema Therapy Institute*, sono poi tornati nei loro paesi d'origine e hanno contribuito a seminare l'interesse che oggi riscontriamo a livello globale per il modello.

Naturalmente esistono già molti altri libri e descrizioni sulla Schema Therapy. Questo ci ha portato a riflettere su quale contributo potesse dare il nostro libro alla diffusione del modello in senso più ampio. Per il nostro team la risposta è stata chiara. Il modello della Schema Therapy ha subito uno sviluppo significativo dai suoi inizi e questo processo è ancora in corso. Il nostro obiettivo è stato quello di fornire una panoramica contemporanea della Schema Therapy moderna così come viene praticata oggi, quasi tre decenni dopo il testo fondamentale di Jeffrey Young (1999). Inoltre, volevamo dare maggiore attenzione e profondità a temi non trattati in modo esteso nella letteratura (ad esempio, la strutturazione delle fasi della Schema Therapy, l'aumento della sintonizzazione del terapeuta, la fine della terapia e le questioni relative

alla conclusione, la Schema Therapy in contesti online e la supervisione). Abbiamo anche voluto mostrare come il modello si sia sempre più esteso a nuove popolazioni e contesti terapeutici (ad esempio, traumi complessi, Disturbi del Comportamento Alimentare, Depressione cronica, Disturbi d'Ansia, autori di reati penali violenti e terapia di gruppo). Il libro è suddiviso in quattro sezioni. Nella prima parte, *Panoramica del modello della Schema Therapy*, forniamo un quadro approfondito del modello della Schema Therapy, facendo riferimento al suo background teorico (capitolo 1) e alla crescente base di evidenze (capitolo 2). La seconda parte, *Il modello della Schema Therapy in pratica*, rappresenta il nucleo del libro, ed è costituita da un insieme di dieci capitoli (capitoli 3-12) che presentano il modello nella pratica. Nella terza parte, *Applicazioni e adattamenti per diverse manifestazioni psicopatologiche* (capitoli 13-15), forniamo una panoramica dell'applicazione della Schema Therapy in una serie di manifestazioni psicopatologiche al di fuori del suo tradizionale ambito di applicazione con i Disturbi di Personalità. Infine, nella quarta parte del libro, *Applicazione della Schema Therapy in diversi contesti e popolazioni* (capitoli 16-18), dimostriamo come la Schema Therapy possa essere applicata in una vasta gamma di contesti clinici.

TABELLA 1.1

Domini degli schemi e corrispondenti SMP

Dominio Distacco e Rifiuto

1. *Abbandono/Instabilità (AB)*: aspettativa che gli altri non siano disponibili a fornire supporto, connessione, stabilità e protezione.
2. *Sfiducia/Abuso (SA)*: aspettativa che gli altri siano propensi a umiliare, mentire, tradire, rubare o manipolare.
3. *Deprivazione Emotiva (DE)*: aspettativa di non ricevere adeguato supporto emotivo e non essere compreso dagli altri. Se ne distinguono tre principali sottotipi: (a) *Deprivazione di Nutrimiento Emotivo*: assenza di attenzione, affetto, calore, e vicinanza «A nessuno importa...»; (b) *Deprivazione di Empatia*: mancanza di comprensione e sintonia «Nessuno mi capisce davvero...»; (c) *Deprivazione di Protezione*: assenza di direzione, sostegno e guida «Sono da solo (contro il mondo)».
4. *Inadeguatezza/Vergogna (IV)*: sentirsi difettosi, non amabili, non voluti, inferiori, inadeguati e/o vergognarsi di sé.
5. *Isolamento Sociale/Alienazione (IS)*: sentirsi socialmente isolati, diversi dagli altri, non appartenenti a nessun gruppo o comunità.

Dominio Mancanza di Autonomia e Abilità

6. *Dipendenza/Incompetenza (DI)*: sentirsi impotenti e incapaci di gestire le responsabilità del quotidiano senza chiedere un aiuto significativo agli altri, mancanza di autonomia e autosufficienza.
7. *Vulnerabilità al Danno e alle Malattie (VU)*: sentire che una catastrofe è imminente e di non essere in grado di prevenirla.
8. *Invischiamento e Sé poco sviluppato (IN)*: tendenza ad essere emotivamente coinvolti, in maniera eccessiva, nella relazione con una o più persone significative, che porta a problemi nello sviluppo sociale, autodirezionalità e individualità.
9. *Fallimento (FA)*: convinzione di aver fallito o che si fallirà nell'area dei risultati, di essere incompetente, stupido, inetto, senza talento, ecc.

Dominio Mancanza di Regole

10. *Pretese/Grandiosità (PR)*: sentirsi superiori agli altri e per questo credere di meritare un trattamento speciale e di non dover seguire le regole che valgono per gli altri.
11. *Autocontrollo o Autodisciplina Insufficiente (AU)*: incapacità nel regolare gli impulsi e le emozioni, intolleranza alla frustrazione e alla noia nel completare i compiti.

Dominio Eccessiva Attenzione ai Bisogni dell'Altro

12. *Sottomissione (SO)*: arrendersi al controllo altrui e soppressione di emozioni e bisogni per evitare rabbia, ritorsione o abbandono.
13. *Autosacrificio (AS)*: ipersensibilità al dolore emotivo e alla sofferenza degli altri, tendenza a sentirsi responsabili del soddisfacimento dei loro bisogni e sentimenti, anche a proprie spese.
14. *Ricerca di Approvazione e Riconoscimento (RAR)*: eccessiva enfasi sull'ottenere approvazione, riconoscimento, o attenzione dagli altri, che ostacola lo sviluppo di un senso autentico del sé. Spesso include l'attenzione allo status, al successo e ai soldi.

Dominio Ipercontrollo e Inibizione

15. *Negatività/Pessimismo (NP)*: aspettativa che le cose andranno male e verranno commessi errori, il che porta a preoccuparsi eccessivamente e a soffermarsi sugli aspetti negativi della vita, minimizzando quelli positivi.
16. *Inibizione Emotiva (IE)*: inibizione delle emozioni (soprattutto rabbia) e la loro espressione per prevenire la possibilità di essere rifiutati, ridicolizzati, o di perdere il controllo.
17. *Standard Severi Ipercriticismo (SS)*: credere di non fare mai abbastanza bene, che bisogna sforzarsi in maniera estrema per raggiungere risultati elevati, generalmente per prevenire le critiche; e/o eccessiva enfasi sullo status e sul potere a spese di salute e felicità.
18. *Punizione (PU)*: credenza che chiunque (sé e gli altri) debba essere severamente punito per aver commesso un errore o per non aver soddisfatto aspettative e standard internalizzati.

Concettualizzazione del caso e mappa dei mode in Schema Therapy

Comporre e comunicare una chiara e accurata concettualizzazione del caso dovrebbe avvenire prima dell'inizio di qualsiasi trattamento. Lo scopo principale della concettualizzazione del caso è aiutare il terapeuta e il paziente a comprendere l'origine dei problemi presentati e come questi siano mantenuti dal funzionamento di schemi e mode. La direzione del trattamento del terapeuta è sempre guidata da questa concettualizzazione (Young et al., 2003). La concettualizzazione del caso viene rifinita man mano che il terapeuta acquisisce una maggiore comprensione del paziente. Una seconda importante funzione della concettualizzazione è quella di coinvolgere il paziente nella terapia. Una concettualizzazione accurata, comunicata con chiarezza, aiuta il paziente a sentirsi ascoltato e capito. Lo aiuta anche a comprendere meglio sé stesso aumentando la consapevolezza dei propri mode. Alla fine della fase di assessment, il terapeuta redige una concettualizzazione completa del caso in termini di Schema Therapy per poi comunicare un riassunto delle parti più importanti usando la mappa dei mode. In questo capitolo, forniremo una panoramica delle informazioni documentate dai terapeuti di Schema Therapy come parte della loro concettualizzazione complessiva del caso per poi illustrare come queste informazioni possano essere riassunte e comunicate ai pazienti usando la mappa dei mode.

Documentare la concettualizzazione del caso completa

Usando i metodi di assessment descritti nel capitolo 3 *L'assessment in Schema Therapy*, il terapeuta potrà raccogliere informazioni dettagliate. Attualmente la

Società Internazionale di Schema Therapy (ISST) raccomanda l'uso della seconda edizione (Versione 2.22) della scheda di Concettualizzazione del Caso di Schema Therapy come modello per mettere insieme le informazioni necessarie a formulare la concettualizzazione. Questo modulo è stato sviluppato e perfezionato nel corso del tempo da un gruppo di lavoro dell'ISST guidato da Jeffrey Young (International Society of Schema Therapy, 2018). La tabella 4.1 fornisce una panoramica dettagliata dei domini della concettualizzazione completa del caso basata su questo modulo, e il box 4.1 presenta un esempio clinico che segue il modello.

TABELLA 4.1

Concettualizzazione del caso in Schema Therapy: contenuti principali

Informazioni contestuali del paziente

Include il nome/ID del paziente, età, stato delle relazioni correnti/orientamento sessuale e figli, se presenti, occupazione/posizione lavorativa, livello di istruzione, paese di nascita/affiliazione religiosa, etnia (se rilevante).

Aree problematiche principali: perché il paziente è in terapia?

Quali sono i problemi principali che motivano il paziente a cercare aiuto? Alcuni esempi sull'assessment delle aree problematiche chiave sono forniti nel capitolo 3 (ad esempio, problemi di rabbia, autolesionismo, mancanza di intimità nelle relazioni, problemi a stabilire confini con i genitori).

Impressioni generali sul paziente

Come si presenta globalmente il paziente durante la seduta di terapia? (ad esempio, è riservato, ostile, accondiscendente, bisognoso, eloquente, impassibile).

Ipotesi diagnostiche attuali

- A. Identificare i disturbi rilevanti secondo l'ICD-10-CM/DSM-5
- B. Attuale livello di funzionamento nelle cinque principali aree di vita (incluse prestazioni lavorative/scolastiche, relazioni intime/romantiche, relazioni familiari, amici e altre relazioni sociali, funzionamento da solo, e tempo speso da solo). Il funzionamento attuale del paziente viene classificato in una scala a 6 punti (1 = non funzionale/molto basso, 6 = molto buono o eccellente funzionamento) ed elaborato tramite una spiegazione più qualitativa.

Problemi principali e/o sintomi

Qui approfondiamo i problemi principali identificati come aree problematiche chiave, descrivendo la natura del(i) problema(i) e come questi creano difficoltà nella vita quotidiana del paziente. Una lista di 1-5 problemi è l'ideale.

Origini infantili e adolescenziali dei problemi attuali

- A. Racconto generale della storia precoce del paziente
- B. Bisogni di base specifici non soddisfatti (e collegati a origini specifiche)
- C. Possibili fattori temperamentali/biologici
- D. Possibili fattori culturali, etnici e religiosi

Schemi più rilevanti

Elenco di 1-5 SMP più rilevanti per i problemi attuali del paziente e una descrizione degli antecedenti comuni (eventi scatenanti) e delle conseguenze negative che il paziente sperimenta quando lo schema viene attivato.