



SOTTOTITOLI IN ITALIANO

a cura della Scuola di  
Psicoterapia Cognitiva

# schema therapy step by step



Remco van der Wijngaart  
Hannie van Genderen

## Schema therapy

---

La schema therapy è una forma di psicoterapia integrata che è stata sviluppata negli anni '90 da Jeffrey Young e si è dimostrata essere efficace nel trattamento dei disturbi di personalità, in casi di ansia cronica e nei disturbi dell'umore.

La schema therapy si basa sull'assunto che durante l'infanzia ognuno di noi sviluppa degli schemi che originano da diversi fattori, quali il temperamento e dei fattori biologici e sociali. Quando nel bambino l'invalidazione dei suoi bisogni emotivi fondamentali è cronica gli schemi si colorano di emozioni, ad esempio di paura, incertezza o sfiducia. Un sovraccarico di emozioni molto intense porta allo sviluppo di sintomi e problemi interpersonali che prendono il nome di schemi maladattivi". Young descrive 18 schemi maladattivi e tre diverse strategie di sopravvivenza e di coping. I pazienti attivano degli stati emotivi diversi; il paziente può iniziare la seduta parlando con un tono somnesso per poi passare ad una modalità triste o arrabbiata o di auto-rimprovero, il momento successivo. Queste variazioni prendono il nome di schema mode, o parti, del paziente. Schemi o stili di coping specifici possono diventare

prevalenti e dominare un minuto, mentre poco dopo altri schemi o strategie di coping possono prendere il sopravvento, determinando una variazione di umore.

Nella prima fase del trattamento, la schema therapy si concentra sull'insegnare al paziente a distinguere e riconoscere questi mode/parti. La maggior parte dell'intervento è incentrato sul lavoro con i mode, in modo che il paziente possa sviluppare un'immagine di sé e del mondo più realistica, incrementando la propria capacità di soddisfare i suoi bisogni fondamentali, in modo da sentirsi più sicuro e fiducioso o più in connessione con gli altri. Lo strumento più importante della relazione terapeutica nella schema therapy è la tecnica del limited re-parenting, in cui il terapeuta recita il modello del genitore sufficientemente buono che il paziente avrebbe dovuto avere da bambino. Inoltre, nel suo lavoro il terapeuta si avvale di tecniche cognitive, esperienziali e comportamentali e si focalizza sulle esperienze significative del passato, così come su quelle presenti e future.

## Introduzione

---

In questa serie di video viene seguito l'intero processo della schema therapy, dalla prima all'ultima seduta. Imparerai a conoscere le varie componenti della schema therapy, sebbene a volte la loro applicazione possa sollevare diversi dubbi e difficoltà.

Lo scopo è aiutare terapeuti nuovi alla schema therapy a conoscere tutti gli aspetti di questo modello di intervento terapeutico. Nel corso delle 91 scene viene mostrato il trattamento di una paziente con Disturbo di Personalità Borderline, coprendo tutte le fasi della terapia. Nella prima parte si inizia con la formulazione del caso, l'introduzione agli schemi e ai mode, la condivisione dei punteggi dei questionari e l'applicazione delle tecniche esperienziali, adatte a questa prima fase.

Per insegnare al terapeuta a riconoscere gli schemi e i mode, per ciascuno di essi, sono state create delle brevi vignette esemplificative.

Infine, sono stati messi a punto degli esercizi che permettono di esaminare come si sarebbero potuti affrontare meglio alcuni interventi.

In questo opuscolo troverai una spiegazione dettagliata per ciascuna scena.

Questi video si possono utilizzare come parte integrante di un corso di schema therapy o come parte supplementare di un training, di una supervisione o di una intervizione.

# Contenuti

## 1. Fase iniziale

|   |       |
|---|-------|
| 1.01 Per iniziare: esplorare pattern e schemi | 7.40  |
| 1.02 Discutere i punteggi allo YSQ            | 6.18  |
| 1.03 Imagery diagnostico                      | 12.23 |
| 1.04 Introdurre i Mode                        | 5.15  |
| 1.05 Discutere il modello dei Mode            | 8.56  |
| 1.06 Discutere gli obiettivi della terapia    | 7.30  |
| 1.07 Gioco "Indovina il Mode"                 | 8.31  |

## 2. Fase del Trattamento

|  |       |
|--|-------|
| 2.01 Limited Reparenting - Offrire cura                | 8.59  |
| 2.02 Limited Reparenting - Fornire una guida           | 6.11  |
| 2.03 Limited Reparenting - Confronto empatico          | 7.14  |
| 2.04 Limited Reparenting - Definire i limiti           | 9.29  |
| 2.05 Protettore Distaccato - Chairwork                 | 10.12 |
| 2.06 Role-play storico                                 | 17.55 |
| 2.07 Bullo & Aggressore - Confronto empatico           | 6.19  |
| 2.08 Genitore Punitivo - Imagery Rescripting           | 12.53 |
| 2.09 Bullismo tra pari - Imagery Rescripting           | 9.45  |
| 2.10 Genitore Punitivo - Chairwork                     | 8.24  |
| 2.11 Genitore Punitivo - Tecnica cognitiva             | 11.21 |
| 2.12 Bambino Vulnerabile - Scheda del diario circolare | 9.19  |

|  |       |
|--|-------|
| 2.13 Bambino Vulnerabile - Audio flash-card                      | 4.06  |
| 2.14 Bambino Vulnerabile - Stabilire gli homework                | 8.00  |
| 2.15 Bambino Arrabbiato - Ventilare, Empatizzare, Test di realtà | 8.14  |
| 2.16 Bambino Arrabbiato - Chairwork                              | 9.28  |
| 2.17 Struttura di una seduta completa con transizioni            | 11.47 |

## 3. Fase Finale

|   |      |
|---|------|
| 3.01 Confronto empatico   | 3.06 |
| 3.02 Protettore Distaccato - Chairwork per potenziare l'Adulto Sano       | 8.15 |
| 3.03 Protettore Distaccato - Chairwork il terapeuta recita il Coping Mode | 5.44 |
| 3.04 Genitore Punitivo - Chairwork  | 6.22 |
| 3.05 Genitore Punitivo - Imagery Rescripting                              | 8.37 |
| 3.06 Adulto Sano - Identificare l'Adulto Sano                             | 8.15 |
| 3.07 Adulto Sano - Psicoeducazione  | 3.51 |
| 3.08 Imagery sul Futuro - consapevolezza dei Mode e gestione dei Mode     | 9.56 |
| 3.09 Imagery sul Futuro - Cambiamento comportamentale                     | 8.15 |
| 3.10 Assegnare gli Homework   | 6.45 |
| 3.11 Adulto Sano - Affrontare il conflitto                                | 5.50 |

## 4. Esempi di Schemi

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| 4.01 Sfiducia/Abuso         | 0.30 |
| 4.02 Deprivazione Emotiva   | 0.26 |
| 4.03 Abbandono              | 0.54 |
| 4.04 Isolamento sociale     | 1.07 |
| 4.05 Inadeguatezza/Vergogna | 0.45 |
| 4.06 Esclusione sociale     | 0.48 |

|   |      |
|---|------|
| 4.07 Fallimento                                 | 0.53 |
| 4.08 Dipendenza/Incompetenza                    | 1.02 |
| 4.09 Vulnerabilità al pericolo e alle malattie  | 0.53 |
| 4.10 Autocontrollo/Autodisciplina insufficienti | 0.52 |
| 4.11 Grandiosità/Pretese                        | 0.34 |
| 4.12 Standard severi                            | 0.54 |
| 4.13 Inibizione emotiva                         | 0.35 |
| 4.14 Autosacrificio                             | 0.48 |
| 4.15 Sottomissione                              | 0.43 |
| 4.16 Invischiamento                             | 0.55 |
| 4.17 Punizione                                  | 0.27 |

## 5. Esempi di Modes

|  |      |
|--|------|
| 5.01 Bambino Vulnerabile               | 0.42 |
| 5.02 Bambino Arrabbiato                | 0.32 |
| 5.03 Bambino Furioso                   | 0.17 |
| 5.04 Bambino Impulsivo                 | 0.31 |
| 5.05 Bambino Indisciplinato            | 0.36 |
| 5.06 Bambino Felice                    | 0.38 |
| 5.07 Arreso Compiacente                | 0.40 |
| 5.08 Protettore Distaccato             | 0.36 |
| 5.09 Auto-tranquillizzatore Distaccato | 0.33 |
| 5.10 Protettore Evitante               | 1.02 |
| 5.11 Protettore Arrabbiato             | 0.22 |
| 5.12 Auto-esaltatore                   | 0.40 |
| 5.13 Bullo & Aggressore 1              | 0.33 |
| 5.14 Bullo & Aggressore 2              | 0.24 |
| 5.15 Predatore                         | 0.31 |
| 5.16 Perfezionista Iper-controllante   | 1.14 |
| 5.17 Paranoico Iper-controllante       | 0.34 |
| 5.18 Bugiardo e manipolativo           | 0.40 |
| 5.19 Ricerca di approvazione           | 0.48 |
| 5.20 Genitore Punitivo                 | 0.24 |

|                               |      |
|-------------------------------|------|
| 5.21 Genitore Esigente        | 0.31 |
| 5.22 Genitore Colpevolizzante | 0.48 |
| 5.23 Adulto Sano              | 1.04 |

## 6. Esercizi

|   |      |
|---|------|
| 6.01 Esplorare pattern e schemi - esercizio                     | 5.12 |
| 6.02 Identificare diversi Schemi - esercizio 1                  | 5.51 |
| 6.03 Identificare diversi Schemi - esercizio 2                  | 5.04 |
| 6.04 Identificare diversi Mode - esercizio 1                    | 1.15 |
| 6.05 Identificare diversi Mode - esercizio 2                    | 2.19 |
| 6.06 Discutere i punteggi allo YSQ - esercizio                  | 3.24 |
| 6.07 Imagery Diagnostico - esercizio                            | 6.07 |
| 6.08 Offrire cura all'inizio della terapia - esercizio          | 3.05 |
| 6.09 Fornire una guida all'inizio della terapia - esercizio     | 4.09 |
| 6.10 Confronto empatico - esercizio 1                           | 2.19 |
| 6.11 Confronto empatico - esercizio 2                           | 3.30 |
| 6.12 Definire i limiti - esercizio 1                            | 2.09 |
| 6.13 Definire i limiti - esercizio 2                            | 1.50 |
| 6.14 Interazioni tra Schemi - esercizio                         | 2.28 |
| 6.15 Interazioni tra Mode - esercizio                           | 2.57 |
| 6.16 Chairwork: combattere l'antagonista Punitivo - esercizio 1 | 4.08 |
| 6.17 Chairwork: combattere l'antagonista Punitivo - esercizio 2 | 1.53 |
| 6.18 Affrontare la rabbia - esercizio 1                         | 1.16 |
| 6.19 Affrontare la rabbia - esercizio 2                         | 0.55 |
| 6.20 Affrontare la rabbia - esercizio 3                         | 1.36 |

# Spiegazione delle scene

## 1 Fase iniziale

### 1.01 > Per iniziare: esplorare pattern e schemi

Il Limited Reparenting si inserisce nella relazione terapeutica come se il terapeuta fosse una sorta di genitore del paziente di cui prendersi cura, aiutandolo a scoprire come gestire situazioni difficili.

Il Limited Reparenting implica un contatto personale e onesto che inizia dalle prime fasi della terapia. Il terapeuta deve essere il più autentico possibile, ragionando a voce alta assieme al paziente in modo da offrirgli un conforto, esprimendo in modo chiaro che farà il possibile per rendere la terapia un posto sicuro. Fin dall'inizio questo avviene identificando i bisogni fondamentali del paziente. Nell'esplorare gli schemi il terapeuta alterna esempi concreti personali con concetti generali, usando la tecnica della freccia discendente e l'imagery diagnostica.

### 1.02 > Discutere i punteggi allo YSQ

Il report dei risultati dei questionari può essere integrato con i problemi e le esperienze del paziente. Immergendosi nell'esperienza della paziente, la

Il cliente può intendersi sia al femminile sia al maschile. Nelle parti che seguono, si fa riferimento al "lei" femminile poiché nei video la paziente è una donna.

discussione di uno schema diviene più coinvolgente. Discutere gli schemi non significa unicamente nominarli poiché essi rappresentano un'esperienza profondamente intima della paziente. Descrivere quest'esperienza aiuta la paziente a riconoscere gli schemi individuali più pervasivi, oltre che aiutarla a sperimentare la comprensione e la vicinanza del terapeuta.

### 1.03 > Imagery diagnostico

Non aspettare troppo ad introdurre un primo esercizio di Imagery diagnostico. Questo esercizio può essere fatto già nella prima o nella seconda seduta. In questa fase esso ha come unico obiettivo l'esplorazione degli schemi e dei mode e viene pertanto effettuato senza Rescripting. Ci sono due modi per introdurre l'esercizio. Si può introdurre semplicemente come esercizio oppure si può iniziare da un collegamento con ciò che la paziente dice in seduta. In quest'ultimo caso, l'esercizio di Imagery è uno strumento per comprendere meglio perché la cliente è così emotivamente attivata. La spiegazione sul metodo non deve essere troppo lunga, è meglio attivare un episodio e subito dopo discutere a livello verbale e "cognitivo" ciò che è accaduto. Tuttavia, è utile per la cliente essere informata sulla durata dell'esercizio ed

enfaticamente che ne manterrà il controllo per tutto il tempo. Non è strettamente necessario creare un posto sicuro all'inizio. Il ponte emotivo dovrebbe descrivere il più possibile gli aspetti emotivi, cognitivi e fisiologici per evocare ricordi sottostanti significativi.

### 1.04 > Introdurre i Mode

Ci sono diversi modi in cui introdurre i Mode. Un modo più semplice e naturale è connettere i Mode alla sensazione della paziente. Discutere l'inibizione emotiva, in contrasto con emozioni che possono essere eccessivamente intense in altri momenti, può portare la discussione su due diverse parti della paziente. Partendo dai vissuti della paziente si possono così individuare i nomi delle diverse parti. Oltre a nominare le parti, è importante supportarle con la mimica e la gestualità, come se si stesse parlando di diversi attori.

### 1.05 > Discutere il modello dei Mode

Si condivide il modello dei Mode con la paziente e insieme si ricostruisce in seduta quanto è emerso. L'obiettivo è visualizzare i diversi Mode, aumentandone la consapevolezza e favorendo il distanziamento critico rispetto a ciascun Mode. Variando l'intensità dei Mode, si può rappresentare meglio l'esperienza della paziente. Un cliente può, per esempio, avere un Protettore molto forte e significativo, un altro invece un Genitore Punitivo molto intenso e prepotente.

### 1.06 > Discutere gli obiettivi della terapia

Il terapeuta deve essere chiaro rispetto agli obiettivi della terapia. Questi includono: negoziare con il Protettore, combattere il Genitore Punitivo e soddisfare i bisogni del Bambino Vulnerabile e del Bambino Arrabbiato, per rinforzare l'Adulto Sano del cliente. È utile trasmettere questo messaggio in modo chiaro e con termini semplici. Il paziente non possiede ancora una parte dell'Adulto Sano in grado di comprendere spiegazioni complesse. In queste fasi può essere di aiuto porsi la domanda: "Come lo spiegherei ad un bambino che si sente triste e spaventato?". All'inizio della terapia ci si accorda su un numero minimo di regole e condizioni, poiché la parte dell'Adulto Sano del paziente non è ancora forte abbastanza per definire accordi più complessi.

### 1.07 > Gioco "Indovina il Mode"

Uno degli obiettivi più importanti nella fase iniziale della terapia è che il cliente impari a riconoscere i Mode e si abitui a ragionare in questi termini. Il gioco "Indovina il Mode" è un modo più leggero per raggiungere questo obiettivo. Il vantaggio di questa modalità è che consente di prestare più attenzione ai segnali non verbali collegati ai Mode. È utile chiedere alla paziente di prendere parte al gioco, perché farlo le permette di diventare più consapevole delle diverse caratteristiche dei Mode.

## 2 Fase del Trattamento

### 2.01 > Limited Reparenting - Offrire cura

E' essenziale per un buon trattamento connettersi all'esperienza diretta del cliente e per fare questo è utile immaginare il paziente da piccolo, poiché, su un piano emotivo il dolore radicato nella sua infanzia si attiverebbe maggiormente. In questi casi, una domanda guida per il terapeuta può essere: "Che cosa farei/direi se questo fosse realmente un bambino triste?". La risposta non è proporre immediatamente soluzioni, ma per prima cosa riconoscere cosa prova il cliente e, dove possibile, fare un collegamento con la sua esperienza passata, in modo da aumentare l'intensità delle emozioni attuali. Per offrire "Cura" è utile usare un tono di voce morbido e caldo, un ritmo lento e rassicurante, piuttosto che suggerire soluzioni di buon senso. Esprimi che è bene che il cliente corra il rischio di parlarne ora e accertati che abbia pensato al piano di gestione della crisi.

### 2.02 > Limited Reparenting - Fornire una guida

All'interno dell'intervento di Limited Reparenting il terapeuta interviene in modo attivo e personale rispetto alle scelte di vita importanti della paziente che come unici meccanismi di regolazione emotiva usa stili di coping quali l'ipercompensazione, l'evitamento e/o la resa. L'utilizzo di queste reazioni comportamentali impedisce di

prestare attenzione a quello che si prova, a quali siano i bisogni emotivi sottesi e al problema stesso. Il passaggio all'azione è talmente immediato che occorre fornire una guida, inizialmente rallentando ed empatizzando con il processo. Al contempo è importante iniziare a pensare in modo attivo a cosa potrebbe cambiare negli ambiti di vita a lungo termine più importanti.

### 2.03 > Limited Reparenting - Confronto empatico

Limited Reparenting non significa solo prestare cura e fornire una guida, ma anche confrontare in modo empatico i comportamenti inefficaci che impediscono al paziente di soddisfare i propri bisogni fondamentali. Un confronto empatico può essere svolto in molti modi, ma usare il Limited Reparenting significa confrontarsi in modo personale con l'altro. I punti seguenti "passo-dopo-passo" possono aiutare a modellare un confronto empatico:

- 1 il terapeuta esamina quali comportamenti interferiscono nella comunicazione, dal suo punto di vista;
- 2 il terapeuta confronta la cliente in un modo amichevole ma chiaro;
- 3 la comunicazione avviene a piccoli passi, monitorando le risposte emotive nella paziente;
- 4 allargare l'esempio specifico ad un più ampio pattern di comportamento tipico della paziente;
- 5 fare un collegamento con la storia di vita e i mode che si sono sviluppati in seguito;

- 6 individuare un'alternativa più sana che sia più in linea con i bisogni della cliente.

### 2.04 > Limited Reparenting - Definire i limiti

Definire un limite implica che se quel confine non viene rispettato ci possono essere delle conseguenze che vengono anticipate dal terapeuta. La volta successiva in cui si manifesta il comportamento di superamento dei limiti, si spiega nuovamente il ruolo del limite e vengono agite le conseguenze precedentemente anticipate. Se necessario, queste conseguenze aumentano di gravità, fino al punto in cui si può decidere di sospendere o interrompere la terapia.

### 2.05 > Protettore Distaccato - Chairwork

Il terapeuta usa il Chairwork per spiegare la funzione protettiva del Protettore Distaccato, tenta di bypassare il Protettore e di connettersi alla Bambina Vulnerabile. Il clinico identifica il Protettore Distaccato durante la seduta, quindi chiede alla paziente di spostarsi su un'altra sedia e spiegare, in veste di Protettore Distaccato, come questo mode di coping sia utile alla paziente. Il terapeuta evidenzia come il Protettore Distaccato non risolve il problema e offre un punto di vista diverso e più sano. Poi chiede alla paziente di spostarsi nella sedia iniziale, vicino a lui, e prova a connettersi con la Bambina Vulnerabile, rassicurandola e confortandola.

Se necessario, il terapeuta chiede alla paziente di tornare per un breve momento sulla sedia del Protettore Distaccato per ascoltare nuove argomentazioni. In conclusione, il clinico le chiede di tornare sulla sedia accanto a lui, per riconnettersi nuovamente alla Bambina Vulnerabile.

### 2.06 > Role-play storico

Il Role-play storico è costituito da fasi specifiche:

- 1 Identificare i pattern comportamentali e gli schemi in cui la paziente è intrappolata e identificare una situazione significativa del passato che sottende agli schemi identificati.
- 2 Ricostruire la situazione storica in cui la cliente recita sé stessa (da bambina) e il terapeuta recita l'altra persona coinvolta (il padre).
- 3 Discutere il role-play e identificare quali sono le convinzioni apprese riguardo a sé stessa e/o gli altri.
- 4 Riprodurre la situazione storica nella quale la paziente recita l'altra persona (il padre), mentre il terapeuta recita la parte della cliente da bambina. Il terapeuta indica chiaramente le circostanze di vita del padre a quel tempo, in modo che la paziente possa recitarne la parte il meglio possibile.
- 5 Discussione del role-play. Per prima cosa il terapeuta pone alla cliente domande nella veste del padre e verifica se questi pensa davvero ciò che la paziente diceva inizialmente. Poi si verifica nuovamente la credibilità delle convinzioni.

In seguito, discute del modo in cui la paziente vorrebbe rispondere nella situazione del passato, ma con la competenza di oggi. Sottolinea che il comportamento desiderato non sarebbe stato ancora possibile nel passato, ma che può sperimentarlo ora.

- 6 Riproduzione della situazione del passato nella quale il terapeuta recita la parte del padre e la cliente esprime i suoi bisogni.
- 7 Discutere questa esperienza e fornire molte conferme rispetto a quello che la paziente ha provato a fare. Insieme, formulare la prospettiva dell'altra persona ("con il padre non era possibile ragionare") e arrivare ad una conclusione diversa su sé stessa ("lo posso dare la mia opinione"). Questo lavoro aiuta a costruire schemi sani.

### 2.07 > Bullo & Aggressore - Confronto empatico

Il terapeuta usa la stessa procedura del confronto empatico. Il mode del Bullo & Aggressore, come ogni altra forma di mode di ipercompensazione, ha un effetto progressivo che stimola facilmente il terapeuta ad iniziare a parlare in modo più veloce o ad entrare in discussione. Il terapeuta deve disinnescare questa escalation, distogliendo lo sguardo a momenti, dando brevi rimandi rispetto al fatto di comprendere chiaramente le emozioni della paziente, cercando di mantenere un tono di voce calmo.

### 2.08 > Genitore Punitivo - Imagery Rescripting

Nell'utilizzo del Rescripting ci sono diverse varianti. Per esempio, il terapeuta può iniziare con il posto sicuro o andare direttamente all'emozione negativa che la paziente sperimenta in quel momento in seduta, oppure può richiamare direttamente una scena di una situazione recente che ha causato questa emozione negativa. Ancora il terapeuta può accedere direttamente ad una scena significativa del passato.

Nella variante più completa, i passaggi sono:

- 1 spiegare l'obiettivo e il metodo
- 2 posto sicuro
- 3 situazione attivante recente
- 4 ponte emotivo con il passato
- 5 visualizzare l'evento originario significativo
- 6 riscrivere l'evento
- 7 tornare al posto sicuro
- 8 discussione di quanto accaduto.

### 2.09 > Bullismo tra pari - Imagery Rescripting

Qualche volta l'antagonista nelle situazioni del passato non è un genitore, ma sono i pari. In queste situazioni il terapeuta deve decidere se rivolgersi ai bambini che maltrattano e/o agli insegnanti che potrebbero essere coinvolti nella situazione.

### 2.10 > Genitore Punitivo - Chairwork

Mandare via il mode del Genitore Punitivo usando la tecnica delle sedie segue diversi passaggi:

- 1 Identificare e dare un nome al mode del Genitore Punitivo.
- 2 Far sedere la paziente su un'altra sedia e chiederle, a partire da questa esperienza del Punitivo, di elencare che cosa ci sia di sbagliato nella cliente. Lasciare che si rivolga alla Piccola Sandra (sedia vuota).
- 3 Interrompere questi messaggi punitivi dopo alcune frasi e chiedere alla paziente di sedersi accanto al terapeuta. Evidenziare che la parte Punitiva rimane posizionata nell'altra sedia.
- 4 Esplorare le emozioni della Bambina Vulnerabile e, se possibile, identificare le origini passate del Punitivo.
- 5 Il terapeuta si rivolge al Genitore Punitivo con la forza e il piglio necessari per metterlo a tacere e arginarlo.
- 6 Monitorare continuamente le emozioni della paziente e dopo alcuni tentativi di arginare il Punitivo, se necessario, mettere la sedia fuori dalla porta.
- 7 Confortare la Bambina Vulnerabile.
- 8 Concludere con una discussione cognitiva nella quale l'Adulto sano può comprendere meglio cosa è appena accaduto.

### 2.11 > Genitore Punitivo - Tecnica cognitiva

Quando si contrasta il (messaggio del) Genitore Punitivo, è importante fornire

argomentazioni che dimostrano che il Genitore Punitivo ha torto. Le tecniche cognitive offrono un'opportunità per evidenziare in modo esplicito queste argomentazioni, come la valutazione dimensionale mostrata in questa scena.

Ci sono molte varianti di questa tecnica e per una descrizione si rimanda ai riferimenti della letteratura della terapia cognitivo-comportamentale.

### 2.12 > Bambino Vulnerabile - Scheda del diario circolare

A seguito dell'attivazione dei mode e degli schemi i pazienti possono avere reazioni estreme ad un livello emotivo e cognitivo. Essi possono arrivare precocemente a conclusioni sbagliate, senza esaminare quali possano essere le spiegazioni alternative ad una situazione difficile. In questo frangente, assieme alla paziente, si va oltre alle prime reazioni e ai pensieri automatici dopo che un'amica ha annullato un appuntamento, formulando e condividendo uno schema cognitivo. Si esaminano le influenze dei pensieri disfunzionali sulle sue emozioni e sui comportamenti e si identifica il vero bisogno. Questo crea una visione più articolata della situazione complessiva.

### 2.13 > Bambino Vulnerabile - Audio flash-card

Registrare un audio flash-card come terapeuta ha molti vantaggi. Da un lato, fornisce uno strumento per la paziente per

ricordare e interiorizzare di più le argomentazioni contro un mode genitoriale. Dall'altro, una registrazione con la voce accidentante e dolce della terapeuta rappresenta un oggetto transizionale che aiuta a interiorizzare sempre più il messaggio sano della terapeuta

### **2.14 > Bambino Vulnerabile - Stabilire gli homework**

Il terapeuta assegna compiti a casa alla fine di ogni seduta, fin dai primi incontri della terapia. Nella prima fase, il terapeuta suggerisce homework che sono finalizzati ad una migliore comprensione dei mode. I messaggi del terapeuta, l'uso di un registratore e i diari sono esempi utili per raggiungere questo obiettivo.

### **2.15 > Bambino Arrabbiato - Ventilare, Empatizzare, Test di realtà**

Nel mode del Bambino Arrabbiato non viene sperimentata solo la rabbia della situazione attivante presente, ma anche la rabbia repressa rispetto a tutta l'ingiustizia che la cliente ha sperimentato nel passato. Se alla cliente non è mai stata data l'opportunità di esprimere questa emozione, è fondamentale darle la possibilità di ventilare tutta la rabbia, permettendo così di validare l'espressione di bisogni soppressi. È importante ricordare che questa strategia si applica ai mode del Bambino, ma non ai Mode di coping. Inoltre, la strategia di ventilare/ empatizzare/ test di realtà dovrebbe essere ri-adattata tutte

le volte in cui, oltre all'espressione di sé, vi sono altri bisogni fondamentali importanti che non sono stati appagati nel paziente.

### **2.16 > Bambino Arrabbiato - Chairwork**

All'inizio della terapia, nel gestire il Bambino Arrabbiato si pone maggiore enfasi sul ventilare tutta la vecchia rabbia del passato. Nelle fasi successive, l'Adulto sano dovrebbe imparare ad esprimere la rabbia in modi più funzionali, senza interferire e danneggiare la connessione con gli altri. Il terapeuta allena l'Adulto sano nell'esprimere la rabbia in modo assertivo, ma controllato.

### **2.17 > Struttura di una seduta completa con transizioni**

Imparare ad identificare sin dall'inizio della seduta quale mode è attivo. Questo può essere individuato anche dal tono di voce e dal modo in cui la paziente parla di sé. È importante scegliere la strategia che si adatta al mode specifico: i coping mode vanno aggirati, i mode genitoriali contrastati, mentre al Bambino Arrabbiato viene permesso di ventilare tutta la rabbia e il Bambino Vulnerabile va validato nei suoi bisogni fondamentali. In una singola seduta, possono essere utilizzate tecniche diverse, in base a come si sviluppa la seduta. Alla fine dell'incontro si lascia sempre del tempo per ancorare cognitivamente tutte le esperienze emerse e il terapeuta si rivolgerà in modo più esplicito all'Adulto sano. Alla fine di ogni seduta vengono assegnati gli homework.

## **3 Fase Finale**

### **3.01 > Confronto empatico**

Nella fase finale della terapia, il confronto empatico può essere più esplicito rispetto all'inizio, poiché la relazione terapeutica è più solida e la paziente può fare maggiore affidamento al proprio Adulto sano. Il terapeuta parla più chiaramente all'Adulto sano, nomina i mode che si attivano e cerca di lasciare che sia l'Adulto sano a prendere in mano la situazione. Rivolgersi all'Adulto sano si accompagna ad un tono di voce diverso rispetto a quello usato all'inizio della terapia. Il terapeuta si rivolge in modo più esplicito all'Adulto sano attivandolo rispetto alle proprie responsabilità.

### **3.02 > Protettore Distaccato - Chairwork per potenziare l'Adulto Sano**

Nella fase finale della terapia, la terapeuta potenzia il mode dell'Adulto sano della paziente nel bypassare il suo coping mode. La terapeuta riconosce che il coping mode è presente in seduta e chiede alla paziente di sedersi in un'altra sedia. La paziente nomina i vantaggi del coping mode. Quindi la terapeuta chiede alla paziente di spostarsi nella sedia vicino a lei e di argomentare contro il coping mode, dalla propria prospettiva sana. Se necessario, chiede alla paziente di spostarsi nuovamente nella sedia del coping mode. Infine, la paziente nella sedia del mode di Adulto sano dice al coping mode di mettersi da parte in futuro.

### **3.03 > Protettore Distaccato - Chairwork il terapeuta recita il Coping Mode**

Rinforzare l'Adulto sano nella fase finale della terapia richiede alla paziente di contrastare da sola il suo coping mode. La terapeuta recita la parte del mode di coping, supportando ed incoraggiando la paziente ad esprimere argomentazioni sane nel contempo. La terapeuta introduce l'esercizio spiegando che si tratta di un modo per rinforzare la parte dell'Adulto sano. La terapeuta prende posto nella sedia del mode di coping e inizia a spiegare per quali ragioni questa parte è utile. La paziente deve contrastare questo mode di coping con argomentazioni specifiche. Se serve, la terapeuta supporta la paziente nel suo ruolo di Adulto Sano. La terapeuta continua fino a quando l'a paziente ha confutato tutte le argomentazioni del mode di coping.

### **3.04 > Genitore Punitivo - Chairwork**

Alla fine della terapia, il ruolo del terapeuta è meno direttivo, mentre la parte dell'Adulto sano della paziente combatte il Genitore Punitivo. Il terapeuta suggerisce e incoraggia la paziente a ripetere alcune affermazioni o a pronunciarle con un tono di voce più forte. Per rendere più credibile le argomentazioni contro il Punitivo è utile alzare il volume della voce.

### 3.05 > Genitore Punitivo - Imagery Rescripting

Nella fase finale della terapia, il terapeuta fa intervenire l'Adulto sano della paziente nel rescripting. Questo si realizza in tre passaggi:

- 1 La paziente prende contatto con la situazione originaria, nella quale è una bambina (Piccola Sandra) che sperimenta una situazione dolorosa;
- 2 La scena viene riavvolta dall'inizio e la paziente assume il ruolo della sua Adulta sana (la Sandra Adulta) ed interviene fin quando la Piccola Sandra non è al sicuro. Infine, conforta la Piccola Sandra;
- 3 La scena viene riavvolta dall'inizio, la paziente è di nuovo la Piccola Sandra che sperimenta l'intervento di Sandra adulta che la protegge e conforta.

La scena del video inizia dal primo passaggio. Può essere utile iniziare l'esercizio di immaginazione visualizzando l'Adulto sano, in modo che questo mode sia già attivato. Questo rende più facile visualizzare l'Adulto sano nel secondo passaggio dell'esercizio.

### 3.06 > Adulto Sano - Identificare l'Adulto Sano

Durante tutto il corso della terapia si lavora per potenziare l'Adulto sano. Inizialmente, questo si fa soprattutto con tecniche esperienziali e di psico-educazione. Nella fase finale della terapia ciò che la paziente può fare per mettersi in contatto con il suo Adulto sano viene

discusso in modo più esplicito. Una possibilità, quando si trova in una situazione difficile, è aiutare la cliente a ripensare ad un'immagine in cui ha reagito ad un evento nella modalità dell'Adulto sano. Durante la visualizzazione dell'Adulto sano l'attenzione viene posta alle varie caratteristiche di questo mode, notando la postura del corpo, i pensieri, le emozioni e gli aspetti fisiologici che attengono all'Adulto sano. Infine, si discute del modo in cui questa parte differisce dai mode disfunzionali.

### 3.07 > Adulto Sano - Psico educazione

Il terapeuta fornisce un intervento di psico-educazione al mode dell'Adulto sano nel gestire situazioni difficili. Questo si articola in tre fasi:

- 1 Prestare attenzione alle emozioni, essere gentile e accogliere ciò che si prova;
- 2 Essere consapevoli dei mode di coping e/o dei mode genitoriali che tentano di interferire;
- 3 Test di realtà: "Di che cosa hai bisogno e quali azioni validano questi bisogni?"

### 3.08 > Imagery sul Futuro - consapevolezza dei Mode e gestione dei Mode

Questo esercizio di Imagery nella fase finale della terapia è focalizzato sul potenziare l'Adulto sano e permette di diventare consapevoli dei mode disfunzionali che possono interferire. La paziente impara come riconnettersi

con il suo Adulto sano, quando gli altri mode tentano di prendere il controllo.

### 3.09 > Imagery sul Futuro - Cambiamento comportamentale

La fase finale della terapia si concentra sempre di più sui cambiamenti comportamentali necessari, la paziente deve prepararsi per possibili situazioni attivanti future.

Gli esercizi di immaginazione in questa fase della terapia sono ora usati per visualizzare l'Adulto sano che gestisce queste situazioni difficili.

- 1 Discussione preliminare sui vecchi mode e sul comportamento desiderato nelle situazioni attivanti;
- 2 Visualizzazione di una situazione attivante tipica e percezione delle vecchie reazioni;
- 3 Presa di contatto con l'Adulto sano e visualizzazione della risposta desiderata;
- 4 Ripetizione di questa modalità dell'Adulto sano per interiorizzarlo meglio.

### 3.10 > Assegnare gli Homework

Quando la paziente ha imparato a gestire le situazioni di conflitto dalla prospettiva dell'Adulto sano, il terapeuta le assegna degli homework per provare a gestire questi conflitti in questa modalità, nel futuro, evidenziando che non sempre è possibile riuscirci. L'altro compito consiste nel compilare un diario per riportare cosa è accaduto in questi casi.

Dopo tre settimane, la paziente discute del modo in cui ha gestito due situazioni di conflitto.

Il terapeuta si complimenta con lei per le cose che ha affrontato in modo efficace. Discutono anche del fatto che non ha compilato il diario dopo che un conflitto le è sfuggito di mano. In questa fase della terapia, il terapeuta sottolinea l'importanza dell'assegnazione degli homework.

### 3.11 > Adulto Sano - Affrontare il conflitto

Diversi mode si sono attivati nel confronto con una situazione difficile ed attivante. Il terapeuta non nomina più i diversi mode, ma incoraggia l'Adulto sano a identificarli da sola. Quindi spinge l'Adulta a confortare la Piccola Sandra e a mettere in pratica i tre passaggi dell'Adulto sano.

## 4 > Esempi di Schemi

Per una descrizione dettagliata degli Schemi, si veda "Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità" di Young, J.E. Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2007)

## 5 > Esempi di Mode

Per una descrizione dettagliata degli Schemi, si veda "Schema therapy in azione. Teoria e pratica", di Arntz, A. & Jacob, G. (2013)

## Risposte agli esercizi

### 6.01 > Esplorare pattern e schemi - esercizio

Il tono del terapeuta è troppo adulto, troppo serio e parla in termini di mode, facendo appello all'Adulto sano che può essere più o meno presente. E' poco direttivo nel nominare problemi ed emozioni. Il registro del terapeuta non è completamente negativo, ma in combinazione con il tono e il ritmo, il contatto con la paziente rimane prettamente cognitivo e troppo distante. Il passaggio a dare soluzioni anziché far acquisire consapevolezza rispetto ai pattern di comportamento avviene troppo velocemente. La relazione con la situazione di malessere è discussa come ipotesi prima ancora di essere esplorata.

### 6.02 > Identificare diversi Schemi - esercizio 1

Abbandono - Dipendenza - Fallimento - Inadeguatezza/ Vergogna - Invischiamento - Sottomissione - Auto-sacrificio

### 6.03 > Identificare diversi Schemi - esercizio 2

Deprivazione Emotiva - Esclusione Sociale - Vulnerabilità ai pericoli e alle malattie - Isolamento sociale/ Alienazione - Pretese/ Grandiosità - Autocontrollo e disciplina insufficienti - Inibizione Emotiva

### 6.04 > Identificare diversi Mode - esercizio 1

Genitore Punitivo - Bambino Arrabbiato - Protettore Arrabbiato

### 6.05 > Identificare diversi Mode - esercizio 2

Adulto Sano - Protettore Distaccato - Bambino Vulnerabile

### 6.06 > Discutere i punteggi dello YSQ - esercizio

La terapeuta mostra tutti i risultati in un'unica volta, rendendola un'esperienza in qualche modo eccessiva per la paziente. La discussione dei grafici è spesso fatta usando una descrizione formale come si trova in letteratura, senza renderla più aderente all'esperienza personale della cliente. Il ritmo è veloce e ciò lo rende ancora più razionale, inoltre la terapeuta non sembra connettersi a fondo con la cliente. Infine, la terapeuta sembra trovare l'esito del test piuttosto grave, il che incrementa il senso di fallimento nella paziente. Solo dire che "ci si lavorerà su" non è sufficiente.

### 6.07 > Imagery Diagnostico - esercizio

Vengono fornite in anticipo troppe informazioni sull'esercizio, per cui l'ansia anticipatoria della paziente aumenta. Il ritmo è troppo veloce e il tono di voce del terapeuta è troppo serio, rendendo difficile

alla paziente di entrare in contatto con le esperienze emotive. L'esercizio è raccontato al tempo passato, rendendolo più una descrizione della scena piuttosto che un'esperienza attuale. Viene dedicato troppo tempo a rievocare il ricordo traumatico, attivandolo nuovamente. I passaggi tra le diverse fasi dell'esercizio sono troppo rapidi e il de-briefing viene effettuato a livello troppo cognitivo. Non c'è connessione con l'esperienza della paziente e sono trasmesse poche o nulle riflessioni emotive.

### 6.08 > Offrire cura all'inizio della terapia - esercizio

La terapeuta si rivolge alla paziente rivolgendosi eccessivamente all'Adulto sana, mentre la cliente è in modalità Bambina Vulnerabile.

La terapeuta dovrebbe capire che, sul piano emotivo, sta avendo a che fare con una bambina triste, ciò significa che il tono di voce dovrebbe essere meno adulto e razionale. In termini di contenuti, la terapeuta potrebbe essere modo più focalizzata sull'esperienza emotiva, anziché sulla ricerca forzata sul cambiamento comportamentale.

Il ritmo dovrebbe essere più lento, con più riflessioni emotive, così come andrebbero riconosciuti esplicitamente i sentimenti della cliente.

### 6.09 > Fornire una guida all'inizio della terapia - esercizio

La terapeuta appropria troppo velocemente la cliente e in modalit  Adulto sano. Se con

un Adulto sano va bene lasciare lo spazio per fare le proprie scelte, per un bambino questa modalit  è spaventevole e incute timore. Inoltre, la terapeuta discute unicamente degli aspetti pratici della scelta e non esamina i dubbi, le paure, i bisogni fondamentali e gli effetti di scelte troppo affrettate.

### 6.10 > Confronto empatico - esercizio 1

Il terapeuta dice cose corrette, ma il ritmo è troppo veloce. La frequenza del discorso è eccessivamente rapida e vengono fatti troppi passaggi, tanto che si perde la connessione con la paziente. Questo alimenta una discussione o un conflitto, piuttosto che permettere alla cliente di acquisire maggiore introspezione.

### 6.11 > Confronto empatico - esercizio 2

In questa scena il terapeuta è troppo esitante e si focalizza troppo sull'aspetto empatico della tecnica. Questa insicurezza del terapeuta rende la situazione non sicura per la cliente.

### 6.12 > Definire i limiti - esercizio 1

Il confine è definito in modo astratto: non bere prima della seduta è la regola dell'istituto, ma evidentemente non della terapeuta. La terapeuta discute unicamente dell'effetto dell'alcol e di come ciò ostacoli la terapia e lo fa in modo personale. La conseguenza della trasgressione della regola viene agita immediatamente piuttosto che venire applicata ad una violazione successiva.

### 6.13 > Definire i limiti - esercizio 2

La terapeuta è troppo esitante, sembra insicura nel definire il limite e si rivolge all'Adulta sana della paziente, come se questa fosse già in grado di decidere cosa sia sano o meno.

### 6.14 > Interazioni tra Schemi - esercizio

La paziente non ha svolto gli Homework > la terapeuta risponde, stabilendo Standard severi > si attivano nella cliente Fallimento e delusione > la terapeuta ne è sorpresa e si attiva in lei l'Auto-sacrificio.

### 6.15 > Interazioni tra Modes - esercizio

La terapeuta propone un esercizio di Imagery > la cliente rifiuta dal suo Mode Arrabbiato iper-compensatore (Protettore Arrabbiato o Bullo & Aggressore?) > la terapeuta risponde dal mode Arreso Compiacente > la cliente sembra rispondere dal mode Bambino Arrabbiato in cui si percepisce la vulnerabilità > la terapeuta sembra reagire dal suo Protettore Controllante che la fa apparire critica > la cliente ora passa al mode Bambina Vulnerabile > la terapeuta ora sembra focalizzata sui bisogni della cliente, il che può provenire da un mode di coping o dal mode Adulto sano.

### 6.16 > Chairwork: combattere l'antagonista Punitivo - esercizio 1

Il terapeuta permette al mode del Genitore Punitivo di andare avanti troppo a lungo

senza interromperlo. In seguito parla di contrastare i messaggi punitivi, ma non interviene direttamente. Non c'è convinzione nella voce del terapeuta; la proposta di un lavoro con le sedie suona incerta.

### 6.17 > Chairwork: combattere l'antagonista Punitivo - esercizio 2

I passaggi sono troppo rapidi, il terapeuta guarda la cliente anche quando sta agendo in modo arrabbiato contro il mode genitoriale. Il genitore viene mandato via troppo precocemente spostando la sedia fuori dalla stanza, motivo per cui l'effetto rimane ad un livello superficiale.

### 6.18 > Affrontare la rabbia - esercizio 1

Gli schemi di Sottomissione e di Auto-sacrificio del terapeuta sembrano essere attivati ed egli rimane primariamente focalizzato sulle emozioni e sui bisogni della paziente, senza prestare attenzione ai propri bisogni e pensieri riguardo a ciò che è successo.

### 6.19 > Affrontare la rabbia - esercizio 2

Si attiva lo schema di Fallimento del terapeuta ed egli sembra arrendersi alla sensazione di essere responsabile di aver rovinato le cose con la paziente.

### 6.20 > Affrontare la rabbia - esercizio 3

In questa situazione, si è attivato lo schema Standard Severi del terapeuta portandolo a discutere con la paziente rispetto alle sue espressioni di rabbia.

## Terapeuti

### Remco van der Wijngaart

Remco è uno psicoterapeuta e supervisore/trainer di Terapia cognitivo-comportamentale e Schema Therapy.



Dal 1997 al 2016 ha lavorato come psicoterapeuta in un ambulatorio di Salute Mentale e si occupava di disturbi d'ansia, alimentari, somatoformi e disturbi di personalità. In questo periodo Remco ha collaborato con l'Università di Maastricht facendo ricerca nell'ambito di questi disturbi. Si è formato in Schema Therapy con Jeffrey Young. Attualmente Remco lavora come libero professionista nell'ambito della ST e della terapia cognitivo-comportamentale a Maastricht. È stato vice-presidente della Società Internazionale di Schema Therapy (ISST) dal 2016 al 2018. Oltre all'attività clinica, dal 1996 Remco svolge attività didattica

nell'ambito della terapia cognitivo-comportamentale e della ST, sia nei Paesi Bassi che all'estero. Dal 2010 ha prodotto diversi DVD, sempre nell'ambito della ST e della terapia cognitivo-comportamentale.

- 2010 > **Schema Therapy, Lavorare con i Mode** (in collaborazione con David Bernstein)
- 2016 > **Affinare le tecniche di Imagery Rescripting** (in collaborazione con Chris Hayes)
- 2016 > **Schema therapy per i Disturbi di Personalità Evitante, Dipendente e Ossessivo-compulsivo** (in collaborazione con Guido Sijbers).
- 2018 > **Affinare la tecnica delle sedie in Schema Therapy** (in collaborazione con Chris Hayes)

## Marjon Nadort

Marjon Nadort è una psicologa e psicoterapeuta della Salute Mentale. È supervisore in Terapia cognitivo-comportamentale e supervisore e trainer in Schema Therapy (ISST).



Dal 1996 al 2000 Marjon si è formata in Schema Therapy con Jeffrey Young. Nel 2012, Marjon è stata premiata per la sua tesi di Dottorato dal titolo "Wild at heart and weird on top: the implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental healthcare" ("Selvaggi nel cuore e più strani di tutti: implementazione della ST per pazienti con Disturbi di Personalità Borderline"). Attualmente lavora ad Amsterdam (Paesi Bassi) come libero professionista e formatore. Dal 2000 Marjon è formatrice a livello internazionale nell'ambito della ST applicata al Disturbo di Personalità Borderline e Narcisista in Indonesia e Australia. Nel 2006 ha

prodotto e diretto una serie di DVD dal titolo "Schema Therapy per il Disturbo di Personalità Borderline", uno dei primi prodotti volto a diffondere la ST nei Paesi Bassi. Assieme a Michiel van Vreeswijk e Jenny Broersen, Marjon ha curato il libro "The Handbook of Schema Therapy" (Wiley Blackwell, 2012). Infine, è co-autrice e editrice di diversi articoli scientifici e capitoli di libri nell'ambito della ST.

## Susan Simpson

La dottoressa Susan Simpson è una psicologa clinica che si occupa da 20 anni del trattamento del trauma complesso e di disturbi alimentari (DA). Attualmente insegna Schema Therapy in Scozia e lavora part-time in un'unità di ricovero per pazienti con disturbi alimentari. Susan è membro di



un gruppo di ricerca internazionale che studia l'efficacia della Schema Therapy nel trattamento dei disturbi alimentari. Nell'ambito della ricerca scientifica, Susan indaga il ruolo dei Mode nello sviluppo del DA e l'efficacia della Schema Therapy di gruppo nel trattamento dei DA. Ha pubblicato diversi articoli scientifici nell'ambito della Schema Therapy applicata a diverse popolazioni cliniche e ha presentato i risultati di questi studi a congressi nazionali e internazionali. Per una lista completa delle sue pubblicazioni è possibile visitare il sito: [www.researchgate.net/profile/Susan\\_Simpson/contributions](http://www.researchgate.net/profile/Susan_Simpson/contributions).

## Hannie van Genderen co-produttore

Hannie è una psicologa clinica, supervisore e trainer in Terapia cognitivo-comportamentale e in Schema Therapy. Lavora come psicologa clinica al Virenze Riagg a Maastricht. Dal 1980 al 2010 ha insegnato e sviluppato dei curricula per



l'istituto RINO Zuid-Nederland sia in ambito di psicoterapia cognitivo-comportamentale che di Schema Therapy. Inoltre, dal 2000 è direttrice e proprietaria della scuola "Van Genderen Opleidingen" ([www.schematherapieopleidingen.nl](http://www.schematherapieopleidingen.nl)). Insegna ST sia nei Paesi Bassi che all'estero. Dal 1987 Hannie svolge attività di ricerca presso l'Università di Maastricht nell'ambito di una vasta gamma di disturbi psichici. A partire dal 1996, Hannie è stata coinvolta nello sviluppo e nella diffusione della Schema Therapy nel trattamento dei Disturbi di Personalità nei Paesi Bassi. Si è formata con J. Young, A. Beck e C. Padesky e in seguito, nel 2006, nell'ambito della

Schema Therapy di gruppo con Farrell & Shaw. È la co-fondatrice e membro del direttivo del Schema Therapy Register (dal 2006 al 2012) e parte del direttivo della Società Internazionale di Schema Therapy (ISST, dal 2012 al 2015). Ha scritto capitolo di libri sulla Schema Therapy in diversi libri olandesi e, assieme al Prof. A. Arntz, è autrice del libro "Schema Therapy per il Disturbo di personalità Borderline" (2010). "Breaking through patterns. Identifying and changing negative feelings and habits" un libro di auto-aiuto per persone interessate in ST (2012).

## Attrice

### Paziente 'Sandra' Jet Pagnier (attrice di Amsterdam)

La paziente ha 25 anni e presenta sintomi ansiosi, litigi con il partner, gesti auto-lesivi, cambiamenti di umore e episodi depressivi. Vive da sola, ha un'amica stretta di nome Linda.

Sandra è in una relazione sentimentale con un giovane uomo che non ha un lavoro regolare e che fa regolarmente uso di alcol e sostanze. Sandra lavora come donna delle pulizie lavorando 24 ore a settimana.

La paziente ha una bassa autostima e mette continuamente in dubbio le proprie capacità. A causa di questa insicurezza tende a evitare eventi sociali in cui teme di sentirsi sola e depressa oppure cerca di mostrarsi stabile, fingendosi più forte di quanto non si senta, con la conseguenza di sentirsi esausta e sovraccarica. Sul piano psicodiagnostico Sandra soffre di un disturbo depressivo ricorrente in remissione e di un'ansia sociale generalizzata. Inoltre, ha un Disturbo di Personalità Borderline con tratti paranoici, dipendenti ed evitanti. Il padre viene descritto come un uomo dominante e aggressivo che aveva la tendenza a bere a causa della propria insicurezza. In fase

di astinenza il padre era verbalmente aggressivo e quando ubriaco vi era una escalation di aggressività in cui finiva per lanciare oggetti. Alcune volte aveva anche picchiato Sandra, ma più comunemente queste violenze erano dirette al fratello della paziente. La madre è una persona gentile, ma anche ansiosa e tendente ad adattarsi. A causa del timore verso il marito, la madre spesso taceva e non proteggeva i figli. Dopo le esplosioni del padre cercava di sistemare le cose nel tentativo di riportare tutto alla normalità nel modo più rapido possibile. Le sue risposte ai comportamenti del padre erano "ah, sapete come è fatto!" o "è meglio che stiate in buoni e in silenzio perché se dite qualcosa peggiorate la situazione". Sandra si è sempre sentita sola e diversa, rispetto ai pari. La sua famiglia veniva considerata "diversa" e la gente aveva un po' di paura del padre, il che le rendeva ancora più difficile avvicinarsi agli altri. Era brava a scuola, aveva un livello di intelligenza eguale o superiore alla media, ma a causa della sua insicurezza e dei problemi a casa è riuscita a malapena a terminare gli studi dell'obbligo. Dopo diversi trattamenti poco efficaci, Sandra era stata invitata a seguire una terapia specifica per il Disturbo di personalità Borderline.



---

Visita [www.schematherapy.nl](http://www.schematherapy.nl) per ulteriori informazioni sui prodotti dell'Istituto Olandese di Schema Therapy

Visita [www.apc.it](http://www.apc.it) per informazioni sui corsi di Schema Therapy in Italia



Traduzione Italiana a cura di **Barbara Basile**, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Supervisore/Trainer in Schema Therapy, autrice di capitoli di libri e articoli scientifici nell'ambito della Schema Therapy.

Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC)



---

Produzione  
science vision  
[www.sciencevisionmedia.eu](http://www.sciencevisionmedia.eu)



Designer grafico  
daphne philippen  
[www.daphnephilippen.nl](http://www.daphnephilippen.nl)