

SCHEMA THERAPY

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

Questi Schemi, fortemente radicati e stabili, sono i fattori di mantenimento del disturbo.

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

GLI SCHEMI MALADATTIVI PRECOCI (SMP)

Il termine "schema" ha un significato particolarmente importante in psicologia, e in particolare nell'ambito dello sviluppo cognitivo, dove lo schema rappresenta la struttura che l'individuo utilizza per interpretare la realtà e le esperienze vissute e di cui si avvale per trovare delle spiegazioni, per filtrare le percezioni e per guidare le proprie reazioni. Uno schema è dunque una rappresentazione astratta delle caratteristiche di un evento, una sorta di traccia dei suoi elementi più rilevanti.

In psicologia si tende a definire schema un qualunque principio organizzativo tramite il quale l'individuo può interpretare le esperienze vissute. In base a tale definizione, uno schema può essere sia positivo che negativo, funzionale all'adattamento o meno, e può avere origine sia nell'infanzia che in età adulta.

È noto, in ambito psicoterapeutico, come gli schemi, che solitamente si formano durante l'infanzia, tendano a riattivarsi e a ripresentarsi durante le esperienze vissute in età adulta, anche quando non risultano più adeguati. Questo fenomeno, dovuto a un bisogno di "coerenza cognitiva", ha la funzione di mantenere una certa stabilità nella visione di se stessi e del mondo, anche quando questa visione risulta inappropriata o distorta.

Alcuni schemi – in particolare quelli che si sviluppano in seguito ad un'esperienza

negativa vissuta nell'infanzia – potrebbero essere all'origine dei tratti di personalità patologica o dei veri e propri disturbi di personalità, nonché di molte patologie croniche di Asse I.

Uno SMP è una struttura emotiva e cognitiva disfunzionale, che si consolida nelle prime fasi dello sviluppo e si mantiene per tutta la vita. I comportamenti maladattivi sono *innescati* dagli schemi ma non ne fanno parte.

Non tutti gli schemi hanno origine da un trauma o da un maltrattamento subito da bambini, ma la maggior parte di essi sono causati da esperienze nocive che si protraggono per tutta l'infanzia e l'adolescenza. Un individuo, ad esempio, può sviluppare uno schema di Dipendenza/Incapacità senza aver vissuto da bambino alcun evento traumatico, ma, al contrario, essendo cresciuto in una famiglia iperprotettiva o in un ambiente estremamente rassicurante.

Gli schemi maladattivi precoci sono resistenti al cambiamento; questo, come già detto, è dovuto al bisogno di coerenza insito nell'essere umano: essi sono, infatti, un qualcosa di ben conosciuto dal soggetto e, pur essendo fonte di sofferenza, risultano sicuri e familiari. Le persone tendono ad essere attratte proprio dalle situazioni che attivano gli SMP e questo è uno dei motivi per cui è così difficile modificarli. I pazienti, inoltre, considerano gli schemi delle verità assolute e, di conseguenza, continuano ad utilizzarli nel tempo per interpretare gli eventi. Gli schemi giocano, dunque, un ruolo fondamentale nel modo di pensare, di sentire, di relazionarsi con gli altri e di agire del paziente e, paradossalmente, lo inducono a ricreare senza volere, in età adulta, lo stesso tipo di situazioni che lo hanno ferito maggiormente da bambino.

Gli SMP si originano nell'infanzia o nell'adolescenza come rappresentazioni realmente fondate dell'ambiente nel quale si è vissuti. Gli schemi riflettono abbastanza fedelmente l'atmosfera in cui ha vissuto l'individuo che li presenta. Ad esempio, quando un paziente descrive i propri genitori come freddi e poco affettuosi, ha generalmente ragione, anche se probabilmente non comprende *perché* la sua famiglia avesse tali difficoltà a dimostrargli affetto o ad esprimere i propri sentimenti. Le spiegazioni che attribuisce al loro comportamento tendono ad essere sbagliate, ma la percezione dell'emotività e dell'atteggiamento della famiglia nei suoi confronti risulta quasi sempre realistica.

La natura patologica degli schemi, solitamente, si fa notare in età adulta, quando il paziente inizia a manifestarli nei rapporti interpersonali, pur non essendo in grado di averne una reale consapevolezza. Gli schemi maladattivi precoci e le relative modalità di risposta, infatti, sono spesso all'origine di alcuni problemi cronici di Asse I, come

ad esempio l'ansia, la depressione, la tossicodipendenza e i disturbi psicosomatici.

La gravità di uno schema è direttamente proporzionale al numero di situazioni capaci di attivarlo. Un individuo che è stato oggetto, fin da bambino, di critiche aspre e ricorrenti da parte di entrambi i genitori, tenderà ad esperire lo schema di Inadeguatezza ogni qual volta si troverà in contatto con altre persone; colui che ha subito, a partire dall'adolescenza, critiche meno aspre, occasionali e da parte di un solo genitore, tenderà a manifestare lo stesso schema, ma molto più raramente e magari soltanto in presenza di figure autoritarie ed esigenti dello stesso sesso del genitore criticante. La gravità di uno schema, inoltre, è proporzionale all'intensità e alla durata della sensazione negativa che scatena quando si attiva.

COME SI SVILUPPANO GLI SCHEMI

I bisogni primari

Il presupposto su cui ci basiamo è che gli schemi derivino dalla frustrazione, durante l'infanzia, di almeno uno dei cinque bisogni primari dell'essere umano:

- legami stabili con gli altri (bisogno di protezione, stabilità, cura e accettazione);
- autonomia, senso di competenza e d'identità;
- libertà di esprimere i bisogni e le emozioni fondamentali;
- spontaneità e gioco;
- limiti realistici e autocontrollo.

Questi bisogni sembrano essere universali e comuni a tutti gli individui, sebbene in alcuni siano più marcati e in altri meno. L'interazione tra il temperamento innato del bambino e l'ambiente in cui cresce può portare alla frustrazione, piuttosto che alla soddisfazione, dei suoi bisogni primari. Scopo della Schema Therapy e di tutte le modalità d'intervento relative è di aiutare il paziente a trovare delle strategie funzionali al soddisfacimento di questi bisogni.

Le esperienze della prima infanzia

All'origine degli SMP possiamo quasi sempre associare delle esperienze negative vissute durante l'infanzia. In generale, le modalità con le quali un bambino si appropria al mondo esterno coincidono con le dinamiche che ha vissuto nel contesto familiare. Di solito, gli schemi maladattivi precoci si attivano quando il soggetto si trova in situazioni che gli ricordano un evento traumatico vissuto in ambito familiare, generalmente durante l'infanzia, per lo più nella relazione con uno dei genitori. Altri fattori, quali le amicizie, l'ambiente scolastico, il gruppo dei pari e i condizionamenti sociali, diventano sempre più importanti via via che il bambino cresce e possono essere anch'essi responsabili dello sviluppo di alcuni SMP; in linea di massima, tuttavia, questi schemi sono meno persistenti e meno invalidanti (lo schema Esclusione sociale, ad esempio, tende ad instaurarsi negli ultimi anni dell'infanzia o nell'adolescenza e non riflette necessariamente le esperienze familiari).

Quattro tipi di esperienze favoriscono la formazione degli schemi maladattivi precoci in età infantile.

La prima è la **frustrazione dei bisogni primari**, che porta allo sviluppo di schemi quali quello della Deprivazione emotiva o dell'Abbandono; ciò accade quando il bambino soffre di una qualche carenza emotiva, vive in una situazione d'instabilità, non trova l'adeguata comprensione o non riceve abbastanza amore.

La seconda consiste nel **trauma** o nel **maltrattamento**; in questo caso, il bambino viene ferito emotivamente o maltrattato e sviluppa schemi del tipo Sfiducia/Abuso, Inadeguatezza/Vergogna o Vulnerabilità.

Una terza situazione è quella in cui il bambino riceve troppe attenzioni e i genitori riversano su di lui eccessive manifestazioni di affetto e di stima o elevate aspettative, atteggiamenti che, in giusta misura, sarebbero positivi. Difficilmente schemi come quelli di Dipendenza/Incompetenza o Pretese/Grandiosità scaturiscono da episodi di maltrattamento; è più facile che il bambino sia stato troppo coccolato o viziato e che i suoi bisogni primari connessi allo sviluppo di autonomia e di limiti realistici siano rimasti insoddisfatti, così come è probabile che i genitori siano stati troppo presenti nella sua vita, che lo abbiano protetto troppo o, al contrario, che gli abbiano dato troppa libertà e autonomia.

Il quarto tipo di esperienza che favorisce l'instaurarsi degli SMP è la cosiddetta **identificazione con un familiare**. Il bambino sceglie il genitore con cui identificarsi e ne introietta i pensieri, le emozioni, le esperienze e i comportamenti. Consideriamo,

ad esempio due pazienti che avevano subito violenza durante l'infanzia. Una bambina, aveva assunto il ruolo della vittima quando il padre la picchiava; invece di reagire, era sempre rimasta passiva e sottomessa, subendo il comportamento violento del padre senza identificarsi con lui; aveva sperimentato i sentimenti della vittima, senza interiorizzare quelli dell'abusatore. Un bambino, invece, si era sempre ribellato alle violenze del padre, identificandosi con lui, interiorizzando i suoi pensieri, le sue emozioni e i suoi comportamenti violenti e diventando a sua volta violento (situazioni estreme, dato che, in realtà, i bambini tendono sia a sentirsi vittime che a interiorizzare alcuni dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti dell'adulto dal quale subiscono violenza).

Immaginiamo due pazienti che hanno avuto dei genitori poco affettuosi e che, da bambini, sentendosi soli e poco amati hanno sviluppando lo schema Deprivazione emotiva. Dovremmo per forza supporre che entrambi siano diventati adulti poco affettuosi? Non necessariamente! Un bambino che ha sofferto della mancanza di affetto non è inevitabilmente destinato a diventare a sua volta una persona poco affettuosa. Questi bambini, nel crescere, potrebbero reagire alla loro deprivazione emotiva diventando premurosi o, al contrario, esigenti e dispotici, invece di interiorizzare gli atteggiamenti freddi dei loro genitori.

Anche il temperamento di un individuo determina la propensione ad identificarsi o meno con una delle persone amate e ad interiorizzarne le caratteristiche. Un bambino con temperamento depressivo, ad esempio, difficilmente si identificherà con l'ottimismo del genitore di fronte ad un evento sfortunato, poiché questo atteggiamento è totalmente contrario alla sua predisposizione naturale.

Il temperamento

Lo sviluppo di uno schema in un bambino non è determinato esclusivamente dall'ambiente nel quale trascorre i primi anni dell'infanzia; il suo temperamento di base, innanzitutto, può giocare un ruolo fondamentale. Come ben sanno tutti i genitori, ogni bambino è dotato di una "personalità" o di un temperamento unico e ben distinto fin dalla nascita: può essere più o meno nervoso, più o meno timido, più o meno aggressivo e così via. L'importanza dei fattori biologici nello sviluppo della personalità è documentata da un gran numero di ricerche. I tratti distintivi del temperamento nei primissimi mesi di vita sono notevolmente stabili nel corso di tutta l'esistenza di un individuo.

Alcuni aspetti del temperamento che sembrano essere innati e che la psicoterapia, da sola, difficilmente riesce a modificare:

- emotività/mancaza di emotività;
- pessimismo/ottimismo;
- ansia/calma;
- ossessività/superficialità;
- passività/aggressività;
- irritabilità/pacatezza;
- introversione/estroversione.

Gli SMP scaturiscono dall'interazione tra il temperamento del bambino e le esperienze negative vissute.

A seconda del suo temperamento di base, inoltre, un bambino potrà essere più esposto di un altro a determinate situazioni. Ad esempio, è più probabile che sia un bambino aggressivo a suscitare la rabbia di un genitore violento, piuttosto che un bambino calmo e mansueto. Il temperamento può determinare anche il grado di sensibilità di un bambino di fronte a determinati avvenimenti: due bambini che sono stati trattati dai genitori allo stesso modo, infatti, possono reagire molto diversamente l'uno dall'altro. Se consideriamo, ad esempio, una madre che ha avuto un atteggiamento rifiutante nei confronti dei figli, possiamo notare come quello dal temperamento introverso conduca una vita ritirata e, man mano che cresce, dipenda sempre più dalla mamma, mentre quello dal temperamento estroverso sia più intraprendente e vada alla ricerca di altre persone con cui stabilire rapporti più gratificanti. La capacità di socializzare si è più volte dimostrata una risorsa importante per quei bambini che crescono senza problemi pur essendo stati trascurati o maltrattati dai genitori.

In alcuni casi, è il contesto familiare particolarmente favorevole o, al contrario, avverso ad influenzare il temperamento. Un ambiente domestico rassicurante e pieno d'affetto può rendere anche un bambino timido relativamente socievole in molte situazioni; al contrario, un bambino socievole che viene continuamente rifiutato può, a sua volta, diventare riservato. Per gli stessi motivi, un bambino con un temperamento particolarmente difficile può sviluppare una psicopatologia pur crescendo in un contesto familiare normale.

CLASSIFICAZIONE DEGLI SCHEMI MALADATTIVI PRECOCI

Sono stati individuate diciotto cinque categorie, chiamate “domini degli schemi”, per indicare i bisogni frustrati che sottostanno allo schema.

Dominio I: Distacco e rifiuto

I pazienti che presentano gli schemi di questa categoria sono incapaci di stabilire delle relazioni sicure ed appaganti, perché sono convinti che il loro bisogno di stabilità, sicurezza, cura, amore e accettazione non sarà mai soddisfatto.

Solitamente, in questi casi, la famiglia di origine è una famiglia instabile, violenta, poco affettuosa, troppo esigente o isolata dal mondo esterno.

La maggior parte delle persone vissute in tali famiglie tende a passare da un relazione disastrosa all'altra o ad evitare qualsiasi tipo di legame importante. Il rapporto terapeuta-paziente è, in questi casi, uno strumento terapeutico estremamente importante.

Abbandono/Instabilità: questi soggetti hanno la sensazione che i legami affettivi fondamentali siano instabili; pensano che l'altro li abbandonerà o li sostituirà con qualcuno migliore di loro; valutano l'altro come inaffidabile da un punto di vista affettivo o troppo poco presente; considerano tutte le relazioni come destinate a morire.

Sfiducia/Abuso: questi soggetti hanno la convinzione che gli altri vogliano approfittarsi di loro; hanno paura di subire delle violenze, una forte delusione o un'umiliazione; temono che l'altro dica loro delle bugie, che li inganni o che li manipoli.

Deprivazione emotiva: questi soggetti ritengono di non riuscire ad avere dei legami soddisfacenti da un punto di vista emotivo. Ne esistono tre forme: (1) dovuta a carenza di cure (mancanza di affetto o attenzione); (2) dovuta a carenza di empatia (mancanza di ascolto e comprensione); (3) dovuta a carenza di protezione (mancanza di persone forti o capaci di fungere da guida).

Inadeguatezza/Vergogna: questi soggetti hanno la sensazione di essere inadeguati, sballati, inferiori o immeritevoli e di non piacere agli altri. Di solito, si vergognano dei difetti che sono convinti di avere, nascosti (ad esempio, egoismo, impulsi aggressivi, desideri sessuali inaccettabili) o manifesti (ad esempio, aspetto fisico poco attraente o difficoltà nel socializzare) che siano.

Esclusione sociale/Alienazione: al di fuori del contesto familiare, questi soggetti si sentono diversi o incompatibili con gli altri e, generalmente, non trovano alcun gruppo o comunità di cui sentirsi parte.

Dominio II: Mancanza di autonomia e abilità

Per autonomia si intende la capacità di una persona di distaccarsi dalla famiglia d'origine e di crearsi una vita più o meno indipendente, in relazione all'età. I pazienti che presentano schemi appartenenti a questa categoria hanno delle aspettative nei confronti di se stessi e del mondo che interferiscono con la capacità di differenziarsi dalle figure genitoriali e di crearsi una vita indipendente. Si tratta di soggetti che, durante l'infanzia, sono stati iperprotetti e che hanno avuto una famiglia d'origine che interveniva in ogni situazione sostituendosi a loro. In alcuni casi, ma molto più raramente, gli schemi appartenenti a questa categoria si riscontrano in soggetti che hanno vissuto l'esperienza opposta, di una famiglia che li trascurava e si curava di loro a malapena, abbandonandoli a se stessi durante la crescita. Entrambe le situazioni, infatti, estreme per un verso o per l'altro, favoriscono problematiche nell'ambito dell'autonomia. Spesso i genitori di queste persone sono state, nel passato, una vera e propria minaccia per la loro autostima e non sono stati capaci di fornire stimoli a sufficienza da consentire loro di vivere ed agire adeguatamente all'esterno dell'ambiente familiare. Di conseguenza, questi soggetti risultano incapaci di crearsi un'identità e una vita indipendente; non riescono a porsi degli obiettivi né ad acquisire le attitudini necessarie al loro conseguimento. In relazione alla capacità di rapportarsi adeguatamente al mondo che li circonda e alle abilità che presentano in età adulta, essi rimangono, in effetti, dei bambini.

I soggetti che presentano lo schema *Dipendenza/Incompetenza* si sentono incapaci di affrontare le responsabilità quotidiane senza un aiuto decisivo da parte degli altri. Tendono a sentirsi inadeguati nel gestire il denaro, si ritengono incapaci di risolvere i problemi pratici, di fare delle valutazioni appropriate, di assumersi impegni o di prendere delle decisioni sensate. Lo schema, di solito, si traduce in una passività generale o in un'eccessiva dipendenza.

Lo schema *Vulnerabilità al pericolo o alle malattie* consiste nel timore esagerato che possa accadere da un momento all'altro qualcosa di catastrofico e nella convinzione di non essere in grado di gestire la situazione. Le paure possono essere incentrate sulle seguenti tipologie di catastrofi: 1) mediche (infarto, malattie come l'Aids, ecc.); 2) emotive (perdita della ragione o del controllo, ecc.); 3) esterne (incidenti, atti criminosi, catastrofi naturali, ecc.).

I soggetti che presentano lo schema *Invischiamento/Sé poco sviluppato* sono così coinvolti in una o più relazioni affettive con le persone care (prevalentemente con i genitori) da non riuscire a sviluppare una piena identità ed a raggiungere un adeguato inserimento sociale. Chi ha questo schema ritiene di non poter vivere senza l'altra persona, che l'altra persona non possa vivere senza di lui, o entrambe le cose. Lo schema, talvolta, genera una sensazione di inscindibilità e immedesimazione con gli altri o la percezione di non avere un adeguato senso d'identità e dei precisi obiettivi.

Lo schema *Fallimento* si fonda sulla convinzione che il tentativo di raggiungere qualsiasi obiettivo (scolastico, sportivo, professionale) si concluderà inevitabilmente con un insuccesso. Chi presenta questo schema ha la sensazione di essere sostanzialmente inferiore ai propri pari nella capacità di raggiungere i propri obiettivi. Lo schema spesso induce il paziente a ritenersi poco intelligente, inetto, privo di talento e, di conseguenza, destinato al fallimento.

Dominio III: Mancanza di regole

I pazienti con schemi che rientrano in questo dominio non hanno sviluppato adeguate regole in ambito relazionale e interpersonale. Riescono difficilmente a rispettare gli altri, hanno problemi a cooperare, ad assolvere gli impegni e a raggiungere obiettivi a lungo termine. Appaiono spesso come delle persone egoiste, irresponsabili o narcisiste. In genere sono cresciuti in una famiglia indulgente e permissiva (l'atteggiamento pretenzioso può anche scaturire da un meccanismo di ipercompensazione derivante da un altro schema, come quello della Deprivazione emotiva). Da bambini, questi pazienti, sono stati esonerati dal seguire le regole generali di comportamento, dal rispettare gli altri o dallo sviluppare una forma di autocontrollo. Da adulti, non riescono a frenare gli impulsi e a rinunciare a gratificazioni immediate in vista di soddisfazioni a lungo termine.

Lo schema *Pretese/Grandiosità* è caratterizzato da una sensazione di superiorità. Chi lo presenta si arroga, infatti, dei diritti e dei privilegi speciali senza rispettare le regole di reciprocità che sono alla base dei rapporti sociali. Spesso è caparbiamente convinto di potere fare tutto, anche a discapito degli altri, e si pone, in modo esasperato, come unico obiettivo la superiorità, intesa come strumento per ottenere potere (mira, ad esempio, a diventare una delle persone più ricche, più affermate o più famose). Spesso ha un atteggiamento troppo esigente o dominante, ed è decisamente poco empatico.

I pazienti che presentano lo schema *Autocontrollo o autodisciplina insufficienti* non esercitano, per incapacità o per mancanza di volontà, un sufficiente autocontrollo, e

non riescono a tollerare la frustrazione e gli ostacoli che inevitabilmente si incontrano nel raggiungimento degli obiettivi personali. Queste persone esprimono senza nessun controllo emozioni e impulsi e, quando lo schema è poco marcato, tendono ad evitare, in modo eccessivo, ogni disagio, cercando di sfuggire alla maggior parte dei confronti e delle responsabilità.

Dominio IV: Eccessiva attenzione ai bisogni degli altri

Le persone che presentano schemi appartenenti a questo dominio danno eccessiva importanza al soddisfacimento dei bisogni altrui, a discapito dei propri. Il vantaggio di questo comportamento è ottenere approvazione, preservare i legami emotivi o evitare le reazioni degli altri. Quando interagiscono con qualcuno, tendono a focalizzarsi quasi esclusivamente sulle reazioni dell'altra persona, ignorando i propri bisogni e rimanendo, spesso, inconsapevoli delle sensazioni di rabbia che provano o delle preferenze che hanno. Da bambini, è stata loro negata la libertà di seguire le proprie inclinazioni; da adulti, invece di focalizzarsi su se stessi, si focalizzano sugli altri, tentando di soddisfare i loro desideri. La famiglia tipica di questi pazienti è caratterizzata da un atteggiamento di accettazione condizionata: per ricevere amore o per essere approvato, il bambino è costretto a modificare alcuni degli aspetti principali della sua personalità. In molte famiglie di questo tipo, i genitori danno più importanza ai propri bisogni emotivi o alle apparenze sociali piuttosto che ai bisogni soggettivi dei figli.

Il paziente che presenta lo schema *Sottomissione* lascia agli altri un'eccessiva capacità di controllo. La persona si sente costretta ad agire così allo scopo di evitare la rabbia, le reazioni aggressive o l'abbandono dell'altro. Le due forme principali sono: (1) la *sottomissione dei bisogni*, che consiste nel reprimere preferenze e desideri; (2) la *sottomissione delle emozioni*, che comporta la repressione delle reazioni emotive, in particolar modo della rabbia. Questo schema, generalmente, porta la persona a considerare sbagliati o ininfluenti i propri bisogni e le proprie sensazioni. Spesso lo schema si traduce in un'eccessiva disponibilità, nell'ansia di piacere e nel sentirsi eccessivamente obbligati a fare ciò che vogliono gli altri. Lo schema Sottomissione tende a scatenare nel paziente delle sensazioni di rabbia che si manifestano attraverso sintomi maladattivi quali: scoppi incontrollati di rabbia, sintomi psicosomatici o improvvisi allontanamenti dalle persone care).

I pazienti che presentano lo schema *Autosacrificio* rinunciano volontariamente alle gratificazioni personali per soddisfare le esigenze degli altri. Il loro obiettivo è quello di risparmiare agli altri le sofferenze, evitare i sensi di colpa, rinforzare l'autostima o preservare un legame affettivo con le persone per le quali il soggetto ritiene di essere

importante. Spesso questo schema scaturisce da un'accesa sensibilità verso le sofferenze altrui; esso comporta la sensazione che i propri bisogni non vengano adeguatamente soddisfatti e, di conseguenza, può generare un profondo risentimento.

Chi presenta lo schema *Ricerca di approvazione o riconoscimento* manifesta una tendenza eccessiva a ricercare l'approvazione e il riconoscimento da parte degli altri, a discapito dello sviluppo di un'identità stabile e autentica. Il parametro che queste persone utilizzano per misurare la propria autostima sono le reazioni degli altri più che le proprie. Questo schema spesso comporta una preoccupazione eccessiva per lo status sociale, l'apparenza, la condizione economica o il successo, intesi come mezzi per ottenere approvazione o riconoscimento. Le scelte di vita di chi presenta questo schema, spesso, sono poco autentiche e poco soddisfacenti.

Dominio V: Ipercontrollo e inibizione

I pazienti il cui schema rientra in questo dominio sopprimono sia le emozioni che gli impulsi. Sono così impegnati a rispettare le rigide regole che hanno interiorizzato riguardo a come devono essere le loro prestazioni da trascurare le esperienze ludiche, l'espressione di sé, il riposo, le relazioni intime e perfino la salute. Lo schema tende a svilupparsi in soggetti che hanno vissuto un'infanzia cupa, all'insegna della repressione e della rigidità, in cui l'autocontrollo e l'autonegazione avevano un ruolo predominante rispetto alla spontaneità e alle gratificazioni. Da bambini, questi pazienti non erano incoraggiati a intraprendere attività ricreative e non erano educati alla ricerca della felicità. Erano indotti, piuttosto, ad essere eccessivamente vigilianti nei confronti delle esperienze negative e a sviluppare una visione del mondo del tutto deprimente. Di conseguenza, la vita di questi pazienti è dominata in ogni momento dal pessimismo e dalla preoccupazione, che deriva dalla paura di trovarsi in pericolo non appena tralasciano l'atteggiamento costante di vigilanza e attenzione.

Nello schema *Negatività/Pessimismo* gli aspetti negativi dell'esistenza (dolore, morte, perdita, delusione, conflitto, tradimento) sono tenuti eccessivamente e costantemente in considerazione, mentre gli eventi positivi sono del tutto sminuiti. Lo schema comporta una paura esagerata che le cose possano precipitare in modo irrimediabile in un ambito qualsiasi dell'esistenza, da quello professionale a quello finanziario, o nelle relazioni interpersonali. I pazienti che presentano questo schema sono tormentati dal timore irrazionale di commettere un errore qualsiasi che possa provocare crolli finanziari, perdite, umiliazioni o possa coinvolgerli in situazioni negative. A causa di queste aspettative eccessivamente negative, il paziente è spesso preoccupato, apprensivo e ipervigilante, tende a lamentarsi e non riesce a prendere delle decisioni.

I pazienti che presentano lo schema *Inibizione emotiva* reprimono il loro spontaneo modo di agire, di sentire e di comunicare. Si comportano così per evitare di essere criticati o per non rischiare di perdere il controllo degli impulsi. Questo atteggiamento riguarda in particolare quattro aree: (1) l'inibizione della *rabbia*; (2) l'inibizione degli *impulsi positivi*; (3) la difficoltà ad esprimere la *vulnerabilità*; (4) l'esaltazione della *razionalità* a discapito delle emozioni. Questi pazienti spesso appaiono poco espressivi, poco spontanei, introversi o emotivamente freddi.

Lo schema *Standard severi/ Ipercriticismo* consiste nel sentire di dover raggiungere a tutti i costi degli obiettivi estremamente severi che sono stati interiorizzati; questo, generalmente, avviene allo scopo di evitare la disapprovazione degli altri o la vergogna nei confronti di se stessi. Lo schema, nella sua forma più tipica, genera la sensazione di subire costantemente pressioni e un atteggiamento di ipercriticismo nei confronti di se stessi e degli altri. Si può veramente parlare di schema maladattivo precoce solo quando persistono implicazioni significative sulla salute mentale del paziente, sulla sua autostima, sulla sua vita relazionale o sulla sua capacità di avere esperienze piacevoli. Lo schema può assumere tre forme diverse: (1) *perfezionismo* (il bisogno di fare tutto “alla perfezione”, l'eccessiva attenzione ai dettagli o la sottostima del livello delle proprie prestazioni); (2) *regole rigide* e “doveri” in molti ambiti esistenziali, tra i quali dobbiamo considerare anche quegli standard talmente severi da risultare irrealistici nella sfera morale, culturale o religiosa; (3) preoccupazioni riguardo al *tempo* e all'*efficienza*.

Lo schema *Punizione* consiste nella convinzione che chi commette un errore debba essere severamente punito. Chi presenta questo schema tende a non tollerare o a provare rabbia verso chi non rispetta gli standard da lui fissati (incluso se stesso); a questo si aggiunge una notevole difficoltà a perdonare gli errori, derivante da una certa riluttanza a considerare i fattori attenuanti, a tenere conto delle intenzioni o ad ammettere l'imperfezione dell'essere umano.

I PROCESSI DEGLI SCHEMI

Gli schemi possono dar vita a due processi: il mantenimento e la correzione. Qualsiasi pensiero, sentimento, esperienza e comportamento che abbia a che fare con uno schema può concorrere al suo mantenimento (quando lo arricchisce e lo rinforza) o alla sua correzione (quando lo indebolisce).

Il mantenimento dello schema

Tutte le azioni (volontarie o involontarie) che attivano lo schema costituiscono il processo di mantenimento; in esso sono coinvolti i pensieri, i sentimenti e i comportamenti che finiscono per rinforzare piuttosto che ridimensionare lo schema. Sono tre i principali meccanismi attraverso i quali si mantengono gli schemi: le distorsioni cognitive, gli stili di vita autodistruttivi e gli stili di coping. Le distorsioni cognitive generano nella persona una percezione alterata delle situazioni, che vengono interpretate in modo da rinforzare lo schema; questo avviene selezionando le informazioni che convalidano lo schema e sminuendo o negando quelle che, al contrario, lo invaliderebbero. Il soggetto tende, inoltre, a bloccare le emozioni associate allo schema, di conseguenza esso non raggiunge il livello di consapevolezza e la persona non riesce a modificarlo o a correggerlo. Il soggetto, infine, instaura stili di vita autodistruttivi: senza rendersene conto, sceglie e promuove le circostanze e le relazioni interpersonali che innescano e mantengono lo schema, evitando, invece, quelle che potrebbero invalidarlo. Nel contesto dei rapporti interpersonali, le modalità di relazione che il soggetto utilizza sono tali da suscitare negli altri reazioni negative che rinforzano lo schema.

La correzione dello schema

L'obiettivo ultimo della terapia è trasformare uno schema maladattivo in uno schema più funzionale, operando, in questo senso, una correzione di esso. Poiché uno schema consiste in un insieme di ricordi, di emozioni, di sensazioni somatiche e di pensieri, il processo di correzione consiste nel ridurre la pervasività dei ricordi ad esso associati, l'intensità delle emozioni e delle sensazioni somatiche che ne derivano e la quantità dei pensieri disfunzionali. Ma non solo. Perché il processo possa dirsi completo, è necessario anche un cambiamento comportamentale, che avviene attraverso l'apprendimento, da parte del paziente, di strategie adattive nuove e alternative agli stili di coping disfunzionali. Per questo motivo, il trattamento prevede un intervento su più livelli: cognitivo, emotivo e comportamentale. Attraverso questo processo di trasformazione lo schema gradualmente si indebolisce e si attiva con una frequenza e un'intensità sempre minori, procurando al soggetto esperienze molto più facili da gestire e superare.

Il processo di correzione è dunque molto complesso e, nella maggior parte dei casi, il paziente incontra numerose difficoltà nel portarlo a termine. Gli schemi, infatti, sono convinzioni che il soggetto sviluppa riguardo a se stesso e al mondo nelle primissime fasi della vita e, pertanto, sono profondamente radicati; spesso, essi costituiscono l'unico metro di valutazione che l'individuo ha a disposizione e, a

prescindere dal loro potenziale distruttivo, riescono a comunicare a chi li vive sicurezza e familiarità. Gli schemi sono perciò strutture centrali per il senso d'identità del paziente e, per questa ragione, tende a rimanervi legato a rinunciarvi con difficoltà. Abbandonare uno schema è un'esperienza destabilizzante, perché implica uno stravolgimento della visione che si ha di sé, del mondo e degli altri. In quest'ottica, la resistenza alla terapia può essere interpretata come una forma di autoconservazione, un tentativo di mantenere un senso di controllo, di coerenza interiore e di equilibrio.

Dunque, per operare una correzione degli schemi, il paziente deve essere pronto ad affrontarli e contrastarli con la necessaria determinazione. Per correggere uno schema occorre infatti molta costanza: il paziente deve osservare lo schema in modo sistematico e lavorare quotidianamente per modificarlo, perché altrimenti esso continuerà ad attivarsi. In quest'ottica, la terapia può essere considerata una "dichiarazione di guerra" che il paziente e il terapeuta, alleati, muovono allo schema, con un unico obiettivo: "sconfiggerlo e annientarlo". Tuttavia, questo obiettivo rimane un ideale irrealizzabile nella maggior parte dei casi, dato che gli schemi non scompaiono mai del tutto, essendo impossibile sradicare i ricordi ad essi associati.

Se non è possibile eliminare gli schemi completamente, è tuttavia possibile correggerli e far sì che si attivino più sporadicamente e con effetti meno intensi e meno duraturi per il paziente. Quando questo avviene, il paziente impara a rispondere all'attivazione degli schemi con modalità più funzionali, sceglie partner e amici più premurosi e sviluppa una visione di sé più positiva.

MODALITÀ E RISPOSTE DI COPING MALADATTIVE

Le modalità di coping si sviluppano nelle prime fasi della vita per consentire al paziente di adattarsi agli schemi ed evitare le emozioni intense e violente che questi generalmente procurano. Sebbene tali modalità siano talvolta di aiuto al paziente per evitare l'attivazione di uno schema, è importante ricordare che non sono affatto utili per correggerlo. Infatti, tutti gli stili di coping maladattivi sono elementi attivi nel processo di mantenimento dello schema.

La Schema Therapy distingue lo schema dalle strategie che l'individuo utilizza per affrontarlo; lo schema contiene i ricordi, le emozioni, le sensazioni somatiche e i pensieri dell'individuo, ma non le sue risposte comportamentali. Il comportamento non fa parte dello schema, ma dello stile di coping. Sebbene la maggior parte delle

risposte di coping siano comportamentali, i pazienti utilizzano anche strategie cognitive ed emotive che allo stesso modo vanno a far parte dello stile di coping e non dello schema.

Questa distinzione tra gli schemi e gli stili di coping è dovuta al fatto che ogni persona reagisce allo stesso schema con stili di coping diversi a seconda delle situazioni e delle fasi di vita. Gli stili di coping utilizzati da un soggetto per fronteggiare uno schema non rimangono necessariamente stabili nel tempo, come avviene invece per lo schema in sé. Inoltre, pazienti diversi utilizzano per lo stesso schema strategie comportamentali di coping totalmente differenti, talvolta perfino opposte.

Proviamo a considerare, ad esempio, tre diversi pazienti, ognuno dei quali affronta lo schema Inadeguatezza con uno stile specifico. Sebbene tutti e tre si sentano inadeguati, le risposte comportamentali non sono intrinseche allo schema: uno di loro ricerca partner o amici critici, un altro evita qualsiasi relazione tenendosi a distanza da tutti e l'ultimo assume un atteggiamento di superiorità e di critica nei confronti degli altri.

Tre modalità di coping maladattive

Tutti gli esseri viventi, di fronte a una minaccia, possono presentare tre principali modalità di risposta: l'attacco, la fuga e l'immobilità. Ognuna di queste risposte, in linea di massima, corrisponde rispettivamente ad uno dei tre stili di coping che il soggetto può mettere in atto in risposta ad uno schema: ipercompensazione, evitamento e resa.

Uno SMP rappresenta, durante l'infanzia, una minaccia, che può consistere nella frustrazione di uno dei bisogni emotivi primari del bambino (legami stabili, autonomia, libertà di espressione, spontaneità e gioco o limiti realistici) o nella paura delle emozioni intense che lo schema stesso può generare. Davanti alla minaccia, il bambino si può arrendere, può evitare oppure ipercompensare, ma tutti e tre gli stili, generalmente, operano al di fuori della consapevolezza. Il bambino tenderà a utilizzare soltanto uno dei tre stili per una determinata situazione, ma potrà avvalersi di altri stili di coping per reagire a situazioni diverse o in presenza di schemi diversi.

L'attivazione di uno schema, dunque, equivale a una minaccia, alla quale l'individuo reagisce attraverso uno stile di coping. Gli stili di coping utilizzati risultano generalmente adattivi durante l'infanzia e possono essere considerati meccanismi

funzionali di sopravvivenza. Ma durante la crescita diventano maladattivi, in quanto determinano il mantenimento dello schema anche quando la persona si trova ormai in condizioni ambientali molto diverse e avrebbe la possibilità di utilizzare modalità più funzionali. In sintesi, gli stili di coping maladattivi tengono le persone intrappolate nei loro stessi schemi.

Resa

Arrendersi allo schema significa accettarlo incondizionatamente, non provare ad evitarlo né a combatterlo, accettare il dolore che esso provoca e contribuire, con questo atteggiamento, al rinforzarsi dello schema stesso. Senza rendersene conto, i pazienti con uno SMP continuano a rivivere, in età adulta, le situazioni che nell'infanzia hanno provocato l'instaurarsi dello schema stesso. Quando un evento attiva lo schema, queste persone hanno una risposta emotiva sproporzionata, che viene vissuta in modo intenso e consapevole; in ambito relazionale, scelgono partner dai quali possono aspettarsi un trattamento simile a quello ricevuto dal genitore con cui hanno avuto difficoltà e in questo rapporto assumono un atteggiamento passivo e accomodante che reitera lo schema. Spesso questi pazienti che si arrendono allo schema lo mettono in atto anche nella relazione terapeutica, interpretando il ruolo del bambino e identificando il terapeuta con il genitore che li ha danneggiati.

Evitamento

Le persone che utilizzano l'evitamento come stile di coping organizzano la loro vita in modo tale da evitare l'attivazione dello schema, tentando di ignorarlo e facendo finta che non esista. Evitano di pensarci e bloccano i pensieri e le immagini che potrebbero attivarlo, cercano di distrarsi e fanno di tutto per respingerlo quando questo si presenta. Evitano anche le sensazioni connesse allo schema, soffocandole immediatamente quando affiorano. Possono essere persone che fanno uso di alcol o sostanze stupefacenti per evitare di entrare in contatto con le proprie emozioni, che hanno incontri sessuali promiscui o che mangiano più del dovuto, che effettuano le pulizie domestiche in maniera maniacale, che sono continuamente alla ricerca di stimoli o che sono schiave del lavoro. Descrivono le proprie relazioni interpersonali come soddisfacenti, eppure tendono ad evitare le situazioni che possono innescare lo schema, come, ad esempio, le relazioni intime o le sfide in ambito lavorativo. È molto frequente che il soggetto eviti interi ambiti esistenziali rispetto ai quali si sente vulnerabile e che non si impegni a fondo nella terapia, "dimenticando", ad esempio, di portare a termine i "compiti a casa", evitando di esprimere le proprie emozioni,

parlando soltanto di argomenti superficiali, arrivando tardi alle sedute o andando via in anticipo.

Ipercompensazione

Chi contrasta lo schema ipercompensandolo pensa, sente, si comporta e si relaziona in modo tale da percepirsi, in età adulta, diversamente da come si è percepito durante l'infanzia, quando lo schema si è formato. Chi da piccolo si sentiva indegno, da adulto cerca di essere perfetto; chi era sottomesso, prevarica gli altri; chi era eccessivamente sorvegliato, controlla gli altri o rifiuta qualsiasi tentativo di condizionamento; chi subiva violenza, diventa a sua volta violento. La strategia di coping di queste persone è il contrattacco: dall'esterno, sembrano assertive e sicure di sé, ma, in realtà, sono gravate dal peso dello schema che minaccia continuamente di emergere.

L'ipercompensazione è in effetti un tentativo di difendersi dallo schema e, in quanto tale, potrebbe essere funzionale se da esso non scaturisse un atteggiamento che finisce per rinforzare lo schema, piuttosto che correggerlo. Molto spesso, chi si avvale del meccanismo di ipercompensazione appare del tutto equilibrato; non è un caso, infatti, che esso sia caratteristico di molte persone famose, che rivestono ruoli di spicco nella società: star televisive, leader politici, noti uomini d'affari e via dicendo. Combattere uno schema è funzionale solo nel caso in cui il comportamento che si adotta sia adeguato alla situazione, prenda in considerazione i sentimenti degli altri e permetta il raggiungimento degli obiettivi prefissati; chi si avvale del meccanismo di ipercompensazione, invece, rimane generalmente intrappolato nel circolo vizioso generato dal suo atteggiamento di contrattacco e assume talvolta comportamenti eccessivi, poco rispettosi dei sentimenti degli altri o controproducenti.

Ad esempio, se esercitare un maggior controllo, nella vita quotidiana, è senz'altro funzionale per chi presenta lo schema Sottomissione, assumere un atteggiamento troppo dispotico e autoritario (per ipercompensare lo schema) comporta invece un allontanamento da parte degli altri; un paziente con lo schema Sottomissione che utilizza l'ipercompensazione finisce, inoltre, per non lasciare il controllo agli altri neppure quando sarebbe opportuno farlo. Un esempio simile si può fare per le persone che presentano lo schema Deprivazione emotiva: per loro è funzionale chiedere un sostegno emotivo agli altri, ma quando entra in gioco il meccanismo di ipercompensazione le loro richieste diventano eccessive, trasformandosi in pretese.

L'ipercompensazione rappresenta per il paziente un'alternativa al dolore causato dallo schema, in quanto gli offre la possibilità di fuggire dal senso di impotenza e vulnerabilità che ha caratterizzato la sua infanzia. Ad esempio, l'ipercompensazione

narcisista è il meccanismo tipico di chi si trova ad affrontare sensazioni primarie di deprivazione emotiva e inadeguatezza e utilizza questa modalità di coping per sentirsi speciale e superiore, anziché ignorato e inferiore. Tuttavia, il paziente narcisista non riesce mai a stare bene con se stesso, anche quando esteriormente raggiunge una piena realizzazione. Il meccanismo di ipercompensazione porta all'isolamento e, infine, all'infelicità. Le persone, infatti, continuano ad utilizzare l'ipercompensazione anche se il loro atteggiamento fa fuggire gli altri e così facendo perdono la capacità di relazionarsi, se non superficialmente; sono così impegnate ad apparire perfette da trascurare la vera intimità. Inoltre, per quanto questi pazienti tentino di raggiungere la perfezione, prima o poi falliscono in qualcosa e, quando ciò avviene, difficilmente riescono a vivere in maniera costruttiva l'esperienza negativa. Essendo incapaci di assumersi la responsabilità dei propri fallimenti o di accettare i propri limiti non riescono a trarre insegnamento dai propri errori e, di conseguenza, quando vivono esperienze fallimentari decisive e dirompenti, la loro capacità di ipercompensazione crolla e, il più delle volte, si verifica uno scompensamento che sfocia in una depressione clinica. Quando il meccanismo di ipercompensazione fallisce, gli schemi sottostanti si riaffermano, generando un malessere intenso e devastante.

Ma quali sono i motivi per cui un paziente si avvale di certi stili di coping piuttosto che di altri? Si può ipotizzare che uno dei fattori principali risieda nel temperamento, che sembra avere un ruolo più importante nel determinare gli stili di coping piuttosto che nel determinare gli schemi. L'individuo con un temperamento passivo, ad esempio, tenderà a sviluppare lo stile di coping di resa o di evitamento, mentre quello con un temperamento aggressivo adotterà, con molta probabilità, il meccanismo di ipercompensazione. Anche il modeling, costituisce un elemento utile per comprendere il motivo per cui alcuni pazienti assumono un determinato stile: spesso i bambini prendono a modello il comportamento di coping del genitore con il quale si sono identificati.

Modificazione degli schemi

Il terapeuta utilizza con flessibilità strategie cognitive, esperienziali, comportamentali e interpersonali.

Le tecniche cognitive

Gli schemi non possono essere modificati fino a quando il soggetto rimane convinto che abbiano una validità; finché non viene scardinata quest'idea, continuerà ad avere

una visione distorta di se stesso e degli altri. Per questo, nel corso della terapia, i pazienti devono imparare a costruire situazioni che dimostrino loro la mancanza di validità dello schema; inizialmente ne valutano l'infondatezza a livello razionale, elencando, insieme al terapeuta, tutte le situazioni della vita che possano costituire una prova a favore della validità dello schema o contraria ad essa.

Nella maggior parte dei casi, l'analisi di queste prove dimostrerà che lo schema non è valido, che il paziente non è intrinsecamente inadeguato, incompetente o fallito. Talvolta, però, le prove non sono sufficienti ad invalidare lo schema. I pazienti, ad esempio, potrebbero aver sperimentato dei reali fallimenti, a scuola o sul lavoro, probabilmente perché, procrastinando o evitando continuamente, non hanno potuto sviluppare le adeguate capacità attitudinali. Se le prove per fronteggiare lo schema non risultano sufficienti, è possibile utilizzare delle strategie per modificare gli aspetti della vita del paziente che non risultano soddisfacenti; ad esempio, il terapeuta può aiutarlo a contrastare la convinzione che il fallimento sia inevitabile e permettergli, così, di acquisire capacità concrete in ambito lavorativo.

Al termine di questi esercizi, il paziente e il terapeuta sintetizzano su un promemoria (flash card) le prove individuate a sfavore dello schema; il paziente lo porterà con sé, con il compito di leggerlo di frequente, soprattutto nelle situazioni che possono innescare lo schema.

Le tecniche esperienziali

Attraverso queste tecniche i pazienti affrontano lo schema su un piano emotivo; le procedure immaginative, ad esempio, consentono ai pazienti di esprimere la rabbia o la tristezza che provano per ciò che hanno vissuto nell'infanzia. In questo modo, possono confrontarsi con il genitore o le altre figure significative dell'infanzia e proteggere e confortare il bambino vulnerabile, riuscendo a esprimere i bisogni che avevano da bambini e che non sono stati soddisfatti dai genitori; possono associare immagini dell'infanzia a immagini di situazioni problematiche che affrontano nella vita attuale; hanno la possibilità di contrastare lo schema in prima persona, attraverso un confronto diretto. Attraverso le tecniche immaginative e i role-playing i pazienti si possono inoltre esercitare a dialogare con le persone significative della loro vita, controbattendole e interrompendo il circolo vizioso che lo schema crea a livello emotivo.

Il cambiamento di comportamenti disfunzionali

Vengono stabiliti, con l'aiuto del terapeuta, alcuni esercizi comportamentali che il paziente deve svolgere al di fuori delle sedute per imparare a sostituire le risposte di coping maladattive con pattern comportamentali nuovi e più funzionali. Il paziente impara a capire che importanti decisioni di vita, come ad esempio la scelta del partner, favoriscono il mantenimento dello schema; comincia, così, ad ipotizzare e sperimentare la possibilità di fare scelte più funzionali che si contrappongono ai vecchi modelli di vita autodistruttivi.

Durante le sedute, il terapeuta aiuta il paziente a programmare i compiti che dovrà svolgere a casa e lo guida nella preparazione di questi, attraverso le procedure immaginative e i role-playing, aiutandolo a superare gli inevitabili ostacoli che si presenteranno durante il processo di cambiamento del comportamento disfunzionale. Quando il paziente ha portato a termine i compiti, ne analizza i risultati con il terapeuta, esaminando ciò che ha appreso; in questo modo modifica gradualmente le modalità di coping maladattive acquisendo modelli sempre più funzionali, che gli permetteranno a lungo termine la correzione dello schema.

Per poter cambiare, i pazienti devono essere disposti a rinunciare agli stili di coping maladattivi che hanno sempre utilizzato. Ad esempio, coloro che continuano ad arrendersi allo schema (rimanendo intrappolati in relazioni distruttive o non ponendosi dei limiti in ambito personale o lavorativo) lo mantengono e non riescono ad ottenere risultati significativi con la terapia. I pazienti che iper-compensano, invece, tendono a non fare progressi poiché, piuttosto che prendere atto dei propri schemi e responsabilizzarsi in tal senso, biasimano gli altri o sono troppo concentrati a ipercompensare dedicandosi al lavoro o tentando di migliorare se stessi o di far colpo sugli altri; di conseguenza, non riescono a identificare chiaramente gli schemi, né ad impegnarsi a sufficienza per modificarli.

I soggetti che utilizzano il meccanismo di evitamento, invece, tendono a ottenere pochi progressi in terapia poiché si ostinano a fuggire dal dolore provocato dallo schema; non si concedono la possibilità di concentrarsi sui propri problemi, sul passato, sulla famiglia d'origine o sugli stili di vita, perché frenano o attenuano tutte le emozioni. Attraverso il meccanismo di evitamento si ottengono benefici immediati e rinunciarvi significa essere disposti a sopportare molti disagi; per questo motivo è fondamentale che il paziente sia veramente motivato a modificare lo schema e tenga continuamente presenti le conseguenze negative a lungo termine che ne derivano.

La relazione terapeutica

Gli schemi e gli stili di coping che il terapeuta deve valutare ed esaminare emergono anche dalla sua relazione con il paziente. La relazione terapeuta-paziente, infatti, costituisce un potenziale antidoto, sebbene parziale, agli schemi: il paziente interiorizza il terapeuta come un adulto funzionale che contrasta gli schemi e cerca di aiutarlo a raggiungere una vita affettiva soddisfacente.

Di particolare importanza: l'atteggiamento di confronto empatico del terapeuta e l'utilizzo di una funzione di parziale reparenting.

Nel confronto empatico il terapeuta si pone in atteggiamento di empatia nei confronti degli schemi che si attivano nel paziente durante le sedute e allo stesso tempo sottolinea come le reazioni del paziente rispecchino gli schemi e i relativi stili di coping e, di conseguenza, siano spesso distorte o disfunzionali.

La funzione di reparenting prevede che il terapeuta, nei limiti del rapporto terapeutico, fornisca al paziente ciò di cui aveva bisogno ma che non ha ricevuto dai genitori durante l'infanzia.