

SCHEMI COGNITIVI E CREDENZE DI BASE

SCHEMA THERAPY E TERAPIA COGNITIVA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DI ASSE I

**A CURA DI: LAWRENCE P. RISO, PIETER L. DU TOIT,
DAN J. STEIN & JEFFREY E. YOUNG**

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

ECLIPSI

Questo volume è pubblicato in lingua Inglese con il titolo “Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-Practitioner Guide” dall’American Psychological Association e distribuito negli Stati Uniti d’America. È stato tradotto e pubblicato in lingua italiana con il permesso dell’APA. Questa traduzione non può essere ripubblicata o riprodotta da nessuno senza il permesso scritto dell’APA. alcuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o distribuita, in qualsiasi forma e per qualsiasi scopo, o memorizzata in database o altri supporti informatici senza il permesso dell’APA.

Collana *Scienze Cognitive e Psicoterapia*, con la Supervisione Scientifica dell’Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO, Firenze)

Schemi cognitivi e credenze di base. Schema Therapy e Terapia Cognitiva nel trattamento dei disturbi di Asse I.

A cura di: Lawrence P. Riso, Pieter L. Du Toit,
Dan J. Stein & Jeffrey E. Young

Traduzione: Carla Jane Scott Monkhouse

Cura: Alessandra Carrozza, Nicola Marsigli e Gabriele Melli

Videoimpaginazione: Camilla Romoli

Copyright © 2007 American Psychological Association (APA)
750 First Street, NE
Washington, DC 20002
www.apa.org

Copyright © 2011 Eclipsi srl
Via Mannelli 139
50132 Firenze
Tel. 055-2466460
www.eclipsi.it

978-88-89627-17-4

I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica, di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi.

A Lisa, Alana, Hannah e Alec
Lawrence P. Riso

A Karen e Tashi
Pieter L. Du Toit

A Heather, Gabriella, Joshua e Sarah
Dan J. Stein

Alla mia stretta cerchia di amici da così tanti anni
Jeffrey E. Young

SOMMARIO

I curatori	VII
Gli autori	IX
CAPITOLO 1 Introduzione: il ritorno al focus sugli schemi cognitivi	1
<i>Lawrence P. Riso & Carolina McBride</i>	
CAPITOLO 2 Disturbo depressivo maggiore e schemi cognitivi	9
<i>Carolina McBride, Peter Farvolden & Stephen R. Swallow</i>	
CAPITOLO 3 Schemi maladattivi precoci nella depressione cronica	39
<i>Lawrence P. Riso, Rachel E. Maddux & Noelle Turini Santorelli</i>	
CAPITOLO 4 Schemi e modelli cognitivi nel disturbo post- traumatico da stress	57
<i>Matt J. Gray, Shira Maguen & Brett T. Litz</i>	
CAPITOLO 5 Terapia cognitivo comportamentale del disturbo ossessivo compulsivo: elaborazione di un modello basato sugli schemi	93
<i>Debbie Sookman & Gilbert Pinard</i>	
CAPITOLO 6 Modelli cognitivo-comportamentali basati sugli schemi per il trattamento dei disturbi da uso di sostanze	111
<i>Samuel A. Ball</i>	
CAPITOLO 7 La terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sugli schemi per i disturbi dell'alimentazione	139
<i>Glenn Waller, Helen Kennerley & Vartouhi Obanian</i>	

CAPITOLO 8	La formulazione del caso e gli schemi cognitivi nella terapia cognitiva per le psicosi	177
	<i>Anthony P. Morrison</i>	
CAPITOLO 9	Schemi maladattivi e credenze di base nella terapia di coppia	199
	<i>Mark A. Whisman & Lisa A. Uebelacker</i>	
CAPITOLO 10	Postfazione	221

CURATORI DELL'OPERA

Lawrence P. Riso, PhD, è professore associato di psicologia all'American School of Professional Psychology, Argosy University, Washington DC. Ha completato il suo PhD in Psicologia Clinica alla State University of New York at Stony Brook, il suo internato clinico alla Brown University a Providence, Rhode Island, e il suo dottorato di ricerca al Western Psychiatric Institute and Clinic. È autore e coautore di più di 40 articoli e capitoli di libri sui Disturbi dell'Umore, i Disturbi di Personalità e la Terapia Cognitiva. Il Dr. Riso è uno dei principali collaboratori allo studio relativo agli Schemi Maladattivi Precoci nella depressione cronica presso il National Institute of Mental Health. Collabora attualmente con riviste come *Cognitive Therapy and Research*, *Journal of Contemporary Psychotherapy* e *Scientific Review of Mental Health Practice*. Il Dr. Riso è un terapeuta accreditato dall'Academy of Cognitive Therapy e pratica la professione da più di 10 anni.

Pietre L. du Toit, MA, ha lavorato come Psicologo Clinico libero professionista e come ricercatore presso il National Service del Regno Unito. Molte delle sue pubblicazioni riguardano i Disturbi d'Ansia. Sta attualmente facendo ricerca sulla regolazione delle emozioni nel Disturbo Post-Traumatico da Stress, sotto la supervisione di Tim Dalgleish presso la Medical Research Council Cognition and Brain Science Unit della University of Cambridge. La sua competenza clinica riguarda l'applicazione della Schema Therapy ai Disturbi di Personalità, ai Disturbi dell'Umore e ai Disturbi d'Ansia (soprattutto quelli dello spettro ossessivo compulsivo).

Dan J. Stein, MD, PhD, è professore presso il Dipartimento di Psichiatria e Salute Mentale alla University of Cape Town, South Africa, e direttore della Medical Research Council Unit on Anxiety Disorders. Il Dr. Stein insegna anche presso la Mt. Sinai School of Medicine di New York. Ha svolto la sua formazione universitaria presso la University of Cape Town, South Africa, e ha conseguito la sua specializzazione in Psichiatria e Psicologia presso la Columbia University, New York e il New York State Psychiatric Institute.

Jeffrey E. Young, PhD, è fondatore e direttore del Cognitive Therapy Centers e dello Schema Therapy Institute di New York. È docente presso il Dipartimento di Psichiatria del Columbia University College of Physician and Surgeons di New York. Il Dr. Young è il fondatore della "Schema Therapy", un approccio integrato per il trattamento dei Disturbi di Personalità e dei casi resistenti. Ha pubblicato un numero considerevole di lavori scientifici sia relativi alla Terapia

VIII Curatori dell'opera

Cognitiva che alla Schema Therapy, tra i quali i noti volumi: “Schema Therapy: la Terapia Cognitivo-Comportamentale Integrata per i Disturbi della Personalità”, manuale per professionisti e “Reinventare la tua vita”, un famoso libro di auto-aiuto basato su questo approccio.

I curatori dell'opera desiderano ringraziare Ms. Tiffany L. Klaff per il suo aiuto nella preparazione del manoscritto.

GLI AUTORI

Samuel A. Ball, PhD, Professore Associato di Psichiatria, Yale University School of Medicine, Division of Substance Abuse, New Haven, CT.

Pieter L. du Toit, MA, Psicologo, National Health Service in the United Kingdom, Cambridge, England.

Peter Farvolden, PhD, Professore di Psichiatria, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada.

Matt J. Gray, PhD, Professore di Psicologia, University of Wyoming, Laramie.

Helen Kennerley, PhD, Specialista e Psicologo Clinico, Oxford Cognitive Therapy Centre, Warneford Hospital, Oxford, England.

Brett T. Litz, PhD, Professore, Boston Veterans Affairs Health Care System and Boston University School of Medicine, Boston, MA.

Rachel E. Maddux, MA, Georgia State University, Atlanta.

Shira Maguen, PhD, Psicologo, San Francisco Veterans Administration Medical Center, San Francisco, CA.

Carolina McBride, PhD, Ricercatrice, Interpersonal Psychotherapy Clinic, Department of Psychiatry, University of Toronto, Ontario, Canada.

Anthony P. Morrison, PhD, Professore Associato, University of Manchester, Manchester, England.

Vartouhi Ohanian, PhD, Lakeside Mental Health Unit, West London Mental Health NHS Trust, West Middlesex University Hospital, Middlesex, England.

Gilbert Pinard, MD, Professore di Psichiatria, McGill University Health Centre, Montreal, Quebec, Canada.

Lawrence P. Riso, PhD, Professore Associato, American School of Professional Psychology, Argosy University, Washington, DC.

Noelle Turini Santorelli, MA, Georgia State University, Atlanta.

Debbie Sookman, PhD, Professore Associato e Direttore, Obsessive-Compulsive Disorder Clinic, McGill University Health Centre, Montreal, Quebec, Canada.

Dan J. Stein, MD, PhD, Professore, Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town; Direttore, Medical Research Council Unit on Anxiety Disorders, Cape Town, South Africa; Mt. Sinai School of Medicine, New York, NY.

Stephen R. Swallow, PhD, Psicologo, Oakville Centre for Cognitive Therapy, Oakville, Ontario, Canada.

Lisa A. Uebelacker, PhD, Brown University Medical School and Butler Hospital, Providence, RI.

Glenn Waller, PhD, Professore, Eating Disorders Section, Institute of Psychiatry, King's College London; Vincent Square Clinic, Central and North West London Mental Health Trust, London, England.

Mark A. Whisman, PhD, Professore Associato, Department of Psychology, University of Colorado, Boulder.

Jeffrey E. Young, PhD, Fondatore e Direttore, Cognitive Therapy Centers of New York e Schema Therapy Institute, New York, NY; Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY.

1

INTRODUZIONE: IL RITORNO AL FOCUS SUGLI SCHEMI COGNITIVI

Lawrence P. Riso e Carolina McBride

Più di 30 anni fa, Aaron T. Beck (1967, 1976), nelle sue teorie sui disturbi emotivi, sottolineò il ruolo degli schemi cognitivi come principali fattori per lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi psichici e per la ricomparsa degli episodi sintomatologici.

Nonostante gli schemi cognitivi ricoprissero un ruolo centrale nei primissimi lavori di terapia cognitiva, successivamente è stata dedicata loro minore attenzione: le tecniche cognitive e gli approcci terapeutici apparsi in seguito si sono focalizzati sul contenuto cognitivo a livello dei pensieri automatici negativi, delle credenze intermedie e dello stile attribuzionale e, di conseguenza, sono stati sviluppati protocolli psicoterapeutici a breve termine.

Nella maggior parte dei lavori sulla teoria della clinica cognitivista il contenuto cognitivo viene suddiviso in base al livello di profondità (Clark & Beck, 1999). Al livello più specifico, o superficiale, si trovano i pensieri automatici (PA), contenuti cognitivi immediati che si verificano senza sforzo, o spontaneamente, in risposta a situazioni specifiche, che sono immediatamente accessibili e rappresentano il contenuto cognitivo consapevole. Esempi di PA comprendono: “Fallirò questo esame”, “Lei pensa che io sia davvero noioso” o “Adesso non troverò mai un altro lavoro”. I PA contengono spesso distorsioni negative, come, ad esempio, la

catastrofizzazione, la personalizzazione o la minimizzazione. Sono significativi, in quanto strettamente connessi al proprio stato emotivo e alle proprie risposte comportamentali.

Le credenze a livello intermedio (definite *credenze intermedie* o *assunzioni condizionate*) si presentano sotto forma di regole “Se...allora”. Esempi di credenze intermedie includono: “Se faccio tutto ciò che vogliono gli altri, allora mi apprezzeranno” o “Se mi fido degli altri, verrò ferito”.

Gli schemi cognitivi si trovano al livello più profondo e, in particolare quando vengono attivati, hanno forte influenza sui pensieri automatici negativi e sulle credenze intermedie. In psicologia cognitiva, il concetto di schema cognitivo ha giocato un ruolo importante nella comprensione dei processi di apprendimento e memoria. In ambito clinico, A.T. Beck (1967) ha descritto lo schema cognitivo come “una struttura cognitiva per selezionare, codificare e valutare gli stimoli che influenzano l’organismo...” (p. 283).

Recentemente, numerosi autori hanno ripreso i concetti originali di Beck, sentendo il bisogno di concettualizzare il funzionamento dei pazienti in base ai loro schemi cognitivi (si veda ad es., Young, 1995 e Safran, Vallis, Segal & Shaw, 1986); tra questi Jeffrey Young (1995; Young, Klosko & Weishaar, 2003) è stato uno dei sostenitori più influenti di un approccio clinico focalizzato sugli schemi. Prendendo in considerazione i limiti della Terapia Cognitiva standard, Young (1995) ha suggerito come spesso sia necessario focalizzarsi sugli schemi, in quanto risulta poco efficace lavorare principalmente sui PA nel caso di pazienti che non hanno una buona consapevolezza dei propri cambiamenti emotivi. Alcuni pazienti, inoltre, sono in grado di riconoscere l’irrazionalità dei propri pensieri in seduta, ma riferiscono comunque di ‘sentirsi’ ancora male dopo. Altri sono incapaci di stabilire un’alleanza terapeutica costruttiva e collaborativa necessaria ad un lavoro più focalizzato sul sintomo. Infine, Young ha notato come i pazienti “reali” presentino una complessità e cronicità maggiore rispetto a quelli reclutati nei *trial* clinici che vengono sottoposti a protocolli di Terapia Cognitiva della durata di 3 mesi. In base a queste considerazioni, il bisogno di focalizzarsi sugli schemi sottostanti ha iniziato a influenzare la pratica clinica della Terapia Cognitiva. In questo volume, abbiamo riunito studi di numerosi autori che hanno adottato un approccio focalizzato sugli schemi per la comprensione e il trattamento di specifici problemi clinici.

Il crescente interesse nei confronti degli schemi cognitivi è andato di pari passo con la ricerca relativa alle dimensioni sottostanti di vulnerabilità alla psicopatologia, tra cui il temperamento, la personalità e i Disturbi di Personalità. Inoltre, gli approcci focalizzati sugli schemi rappresentano il ritorno a un interesse nei confronti degli antecedenti remoti allo sviluppo della psicopatologia.

Il concetto di schema ha origini lontane, derivanti dalla psicologia cognitiva, dalla psicologia dello sviluppo cognitivo, dalla psicologia del sé e dalla teoria

dell'attaccamento. Nella letteratura relativa alla Terapia Cognitiva, il termine *schema cognitivo* ha assunto molteplici significati (James, Southam & Blackburn, 2004; Segal, 1988; Young et al., 2003), che variano in relazione all'accessibilità o meno delle strutture cognitive. Quasi tutte le definizioni, tuttavia, sostengono che gli schemi cognitivi siano altamente generalizzati a livello sovraordinato, resistenti al cambiamento ed esercitino una forte influenza a livello cognitivo ed emotivo. Come nella teoria psicoanalitica, il concetto di schema cognitivo suggerisce il potere dei processi inconsci nell'influenzare pensiero, emozioni e comportamenti. Tuttavia, a differenza dell'inconscio psicodinamico, gli schemi esercitano la loro influenza attraverso una elaborazione inconsapevole delle informazioni, piuttosto che attraverso motivazioni inconse e pulsioni istintuali.

I primi tentativi di studiare gli schemi cognitivi hanno fatto ricorso a misurazioni di tipo carta-matita, come la *Dysfunctional Attitudes Scale* (Weissman & Beck, 1978). Numerose ricerche hanno riscontrato come, rispetto a gruppi di controllo di soggetti che non erano mai stati depressi, i soggetti clinici ottenessero sistematicamente un punteggio più elevato agli inventari *self-report* che misuravano gli schemi disfunzionali (per una rassegna si veda Segal, 1988). Tuttavia, ricerche successive hanno dimostrato come tali punteggi elevati si normalizzassero con il miglioramento dei sintomi (Blackburn, Jones, & Lewin, 1986; Giles & Rush, 1983; Haaga, Dyck & Ernst, 1991; Hollon, Kendall & Lumry, 1986; Silverman, Silverman & Eardley, 1984). In base alla teoria degli schemi, la spiegazione di questo effetto fu che, in seguito al miglioramento, gli schemi cognitivi divenissero latenti e, pertanto, difficili da individuare.

Per questo motivo, la generazione successiva di ricerche ha tentato di esplorare gli schemi cognitivi attraverso compiti di *information-processing*, ritenuti meno soggetti a *bias* e maggiormente in grado di individuare schemi latenti, in particolare se accompagnati da espedienti per innescare o attivare gli schemi. In un esperimento di questo tipo veniva prima richiesto al soggetto di valutare se un elenco di aggettivi personali, positivi e negativi, lo descrivesse; successivamente, veniva effettuato un test di rievocazione casuale. I risultati hanno mostrato come, non solo i soggetti affetti da depressione tendessero a rievocare informazioni auto-referenti di tipo negativo (Derry & Kuiper, 1981; Dobson & Shaw, 1987), ma anche come, e forse è questo il risultato più importante, soggetti che erano stati depressi, se sottoposti a una induzione di tono dell'umore triste, tendessero a una rievocazione distorta (Hedlund & Rude, 1995; Teasdale & Dent, 1987). In altre ricerche, i soggetti ex-depressi, dopo essere stati sottoposti a una induzione di tono dell'umore triste, hanno attuato un maggior numero di errori di *tracking* durante compiti di ascolto dicotico rispetto al gruppo di controllo, composto da individui che non fossero mai stati depressi (Ingram, Bernet & McLaughlin, 1994). Infine, Miranda e colleghi (Miranda, Gross, Persons & Hahn, 1998; Miranda, Persons

& Byers, 1990) hanno misurato gli atteggiamenti disfunzionali in soggetti ex-depressi versus individui mai stati depressi. Prima di una qualsiasi induzione di tono dell'umore i due gruppi mostravano livelli simili di atteggiamenti disfunzionali, ma, dopo la procedura di induzione di tono dell'umore negativo, solo il gruppo di soggetti ex-depressi ha riferito un aumento di atteggiamenti disfunzionali. Queste e altre ricerche hanno validato il concetto secondo cui gli schemi sono latenti durante i periodi in cui non è presente alcuna sintomatologia e diventano accessibili e influenzano l'elaborazione cognitiva quando vengono attivati.

L'importanza degli schemi nello sviluppo e nel mantenimento della psicopatologia, come pure il loro ruolo nella resistenza al trattamento, li rende molto affini ai Disturbi di Personalità dell'asse II del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (quarta edizione: DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Come i Disturbi di Personalità, infatti, gli schemi rappresentano temi generalizzati e apparentemente stabili che si sviluppano precocemente e sono estremamente importanti per la comprensione e il trattamento di un'ampia gamma di condizioni psicopatologiche. Tuttavia, a differenza dei Disturbi di Personalità, gli schemi sono dimensionali piuttosto che categoriali, sono di natura cognitivo-emozionale piuttosto che comportamentale e sono derivati dalla tradizione della psicologia della personalità e della fenomenologia cognitiva, piuttosto che dalla tradizione della nomenclatura psichiatrica fenomenologica e della psicopatologia descrittiva.

Un testo dedicato alla teoria degli schemi e agli approcci ai problemi clinici focalizzati sugli schemi costituisce un contributo attuale e importante alla luce dell'interesse incalzante verso la personalità, il temperamento e gli antecedenti evolutivi della psicopatologia. Questo volume prende in considerazione il modo in cui i principi generali della teoria degli schemi possano essere applicati a specifici problemi clinici, tra cui la Depressione, i Disturbi dell'Alimentazione, il Disturbo Post-traumatico da Stress, la Schizofrenia e i problemi di coppia. Ciascun capitolo inizia presentando le ricerche di base sui processi schematici e le procedure di *assessment* degli schemi per quel particolare disturbo, continuando poi con la descrizione delle applicazioni terapeutiche dell'approccio focalizzato sugli schemi. Questo volume è rivolto sia a ricercatori che a terapeuti con competenze di Terapia Cognitiva, in quanto ciascun capitolo descrive le implicazioni dell'approccio focalizzato sugli schemi in relazione alla teoria, alla ricerca e alla pratica clinica. Gli autori sono illustri clinici e docenti universitari che hanno sviluppato modelli innovativi di trattamento unendo i risultati della ricerca con le osservazioni derivanti dalla pratica clinica.

In questo volume, numerosi capitoli (1, 2, 5, 6 e 8) si rifanno ampiamente al concetto di Young (1995; Young et al., 2003) di Schema Maladattivo Precoce (SMP). Young (1995) ha descritto gli SMP come “temi estremamente stabili e du-

raturi che si sviluppano durante l'infanzia e vengono elaborati lungo l'arco di tutta la vita dell'individuo" (p. 9). Essi contengono temi di vita sottostanti, sono misurabili con strumenti *self-report* e differiscono per certi versi dagli schemi secondo altre definizioni, che rimandano a strutture e organizzazioni implicite di elementi cognitivi ed emotivi (Segal, 1988; Segal, Gemar, Truchon, Guirguis & Horowitz, 1995). Secondo la prospettiva più "strutturale", l'esistenza degli schemi cognitivi può essere dimostrata solo con compiti di *information processing*; al contrario, i 16 SMP sono misurabili tramite lo *Young Schema Questionnaire* (YSQ; Young, 1995). Esempi di SMP comprendono: Fallimento, Vulnerabilità al pericolo e Deprivazione emotiva. Vi sono dati a supporto della struttura fattoriale (Lee, Taylor & Dunn, 1999; Schmidt, Joiner, Young & Telch, 1995) e della stabilità a lungo termine (Riso et al., in stampa) del questionario YSQ. Gli SMP rappresentano il contenuto verbale degli schemi e pertanto sono più accessibili rispetto a quelli secondo altre definizioni, che invece pongono l'enfasi principalmente sulla loro struttura. Dal punto di vista clinico, il fatto che gli SMP siano accessibili li rende maggiormente disponibili a un'analisi in psicoterapia (Ellio & Lassen, 1997). Essendo strutture accessibili che possono arrivare a livello di consapevolezza, gli SMP si avvicinano al concetto delle credenze di base (*core beliefs*), descritte come il contenuto cognitivo o la rappresentazione verbale degli schemi (J.S. Beck, 1995; Clark & Beck, 1999; James et al. 2004). Sia le credenze di base che gli schemi sono definiti come strutture di credenze stabili e sovragereneralizzate che influenzano sia la selezione che l'interpretazione delle informazioni, che hanno livelli variabili di dominanza o attivazione e che costituiscono una memoria cognitiva ed emotiva. A causa della mancanza di adeguate ricerche che giustifichino una netta distinzione tra i due concetti, essi sono talvolta utilizzati in modo interscambiabile. In questo volume sono presenti entrambi, sia nel titolo che nei vari capitoli.

Il concetto di schema è stato inizialmente sviluppato e studiato al fine di comprendere i disturbi depressivi e non a caso il testo inizia con un capitolo dedicato agli schemi cognitivi nel Disturbo Depressivo Maggiore. Segue un capitolo relativo alla depressione di tipo cronico, in quanto numerose ricerche attualmente ne documentano importanti differenze con la depressione "reattiva" (cap. 2). Inoltre, attualmente vi sono dati a sostegno del collegamento esistente tra gli schemi disfunzionali e le forme depressive croniche.

Altri capitoli adattano l'approccio generale di Young (1995) a specifici problemi clinici, tra cui il capitolo 6, in cui la sofferenza connessa all'attivazione di certi SMP è descritta come un fattore di rischio di ricaduta nei Disturbi da Abuso di Sostanze. Nel capitolo 7, Waller e colleghi descrivono come la reazione agli SMP possa in parte assumere la forma di un Disturbo dell'Alimentazione. Il capitolo 8 prende in considerazione il modo in cui gli schemi sottostanti possono influenzare la forma dei sintomi psicotici; viene, inoltre, presentato un metodo per la

formulazione del caso e vengono descritti interventi specifici per individui affetti da Schizofrenia e altre forme di psicosi.

I capitoli 4, 5 e 9 (rispettivamente sul Disturbo Post-traumatico da Stress, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e i problemi di coppia) si focalizzano maggiormente su formulazioni teoriche e su indicazioni per la ricerca futura, dal momento che, per adesso, in queste aree vi è stato minor impegno nel tradurre la teoria e la ricerca in linee guida per il clinico. Il capitolo 4 illustra le difficoltà che affrontano le vittime di traumi nel tentativo di adattare le proprie esperienze traumatiche agli schemi preesistenti. Il capitolo 5 descrive un sottoinsieme di individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo resistente per il quale le strategie focalizzate sugli schemi possono significativamente accrescere l'efficacia del trattamento standard di esposizione e prevenzione della risposta. Infine, il capitolo 9 prende in esame il trattamento dei problemi di coppia, probabilmente l'applicazione clinica più innovativa della teoria degli schemi, attingendo alla teoria dell'attaccamento, ai copioni relazionali e agli SMP di Young (1995) per la comprensione e il trattamento delle coppie in disaccordo. Il volume si conclude con una nostra postfazione che analizza i punti di forza e i limiti dell'approccio focalizzato sugli schemi e fornisce spunti per ulteriori ricerche.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Blackburn, I. M., Jones, S., & Lewin, R. J. (1986). Cognitive style in depression. *British Journal of Clinical Psychology, 25*, 241-251.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Derry, P. A., & Kuiper, N. A. (1981). Schematic processing and self-reference in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 286-297.
- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1987). Specificity and stability of self-referent encoding in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 34-40.
- Elliott, C. H., & Lassen, M. K. (1997). A schema polarity model for case conceptualization, intervention, and research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 12-28.
- Giles, D. E., & Rush, A. J. (1983). *Cognitions, schemas, and depressive symptomatology*. In M. Rosenbaum, C. M. Franks, & Y. Jaffe (Eds.), *Perspectives on behaviour therapy* (pp. 184-199). New York: Springer Publishing Company.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin, 110*, 215-236.
- Hedlund, S., & Rude, S. S. (1995). Evidence of latent depressive schemas in formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 517-525.
- Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology, 9*, 52-59.
- Ingram, R. E., Bernet, C. Z., & McLaughlin, S. C. (1994). Attentional allocation processes in individuals at risk for depression. *Cognitive Therapy and Research, 18*, 317-332.
- James, I. A., Southam, L., & Blackburn, M. (2004). Schemas revisited. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 369-377.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 441-451.
- Miranda, J., Gross, J. J., Persons, J. B., & Hahn, J. (1998). **Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression.** *Cognitive Therapy and Research, 22*, 363-376.
- Miranda, J., Persons, J. B., & Byers, C. N. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 237-241.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., et al. (in press). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*.
- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research, 10*, 509-526.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research, 3*, 295-321.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin, 103*, 147-162.

- Segal, Z. V., Gemar, M., Truchon, C., Guirguis, M., & Horowitz, L. M. (1995). A priming methodology for studying self representation in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 205-213.
- Silverman, J. S., Silverman, J. A., & Eardley, D. A. (1984). Do maladaptive attitudes cause depression? *Archives of General Psychiatry, 41*, 28-30.
- Teasdale, J. D., & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology, 26*, 113-126.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Young, J. E. (1995). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.