

## I MECCANISMI DI CAMBIAMENTO IN SCHEMA THERAPY: BREVE RASSEGNA DELLA LETTERATURA

Alessandra Mancini<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva S.r.l. – Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Rome, Italy

### Corrispondenza

Alessandra Mancini,

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Viale Castro Pretorio 116, 00185, Roma, Italia

Tel.: +49015145124594

E-mail: ale.mancini@apc.it

### Riassunto

La Schema Therapy è un trattamento psicologico che ha guadagnato crescente popolarità negli ultimi 10 anni. Sviluppata all'interno della cornice teorica della terapia cognitivo comportamentale, integra tecniche interpersonali, psicodinamiche ed esperienziali, come l'*Imagery with rescripting* e la tecnica delle sedie. Studi recenti ne hanno mostrato l'efficacia trans-diagnostica. Tuttavia la scarsa omogeneità nei metodi d'indagine dei diversi studi non consente di trarre conclusioni univoche sui meccanismi che ne regolano il funzionamento. Ad oggi la letteratura ha proposto che la ST agisca: i) modificando gli Schemi Maladattivi Precoci, ii) agendo sui *Mode*, iii) attraverso la relazione terapeutica (i.e. il *limited reparenting*) e iv) attraverso il cambiamento del significato delle esperienze traumatiche operato tramite la tecnica dell'*Imagery with Rescripting*. Questo articolo si propone di fornire una breve rassegna della letteratura relativa a ciascuna di queste ipotesi, soffermandosi in particolare sull'*Imagery with Rescripting*, che tra le tecniche esperienziali si profila come la principale promotrice di cambiamento e avanzando l'ipotesi che alla base della sua efficacia vi sia la risoluzione del problema meta-emotivo (o secondario).

**Parole chiave:** Schema Therapy, schemi maladattivi precoci, mode, problema meta-emotivo, problema secondario

### CHANGE MECHANISM IN SCHEMA THERAPY: A REVIEW OF THE LITERATURE

### Abstract

In the past ten years, Schema Therapy gained a growing success. Developed within the framework of cognitive behavioral therapy, it integrates interpersonal; psychodynamic and experiential techniques coming from different traditions, such as Imagery Rescripting and Chairwork. Recent studies showed its transdiagnostic effectiveness. However, the heterogeneity of experimental approaches used in these studies does not allow to draw conclusions over the mechanisms that regulate

**DOI:** 10.36131/COGNCL20200101

SOTTOMESSO MAGGIO 2020, ACCETTATO LUGLIO 2020

change process. Literature proposed that ST works: i) changing early maladaptive schema into more functional ones; ii) acting on Modes; iii) through the therapeutic relation (i.e. limited reparenting) and iv) through a change in the meaning of early traumatic experiences, operated by Imagery Rescripting (IR). This article aims to provide a brief review of the literature supporting each of these hypotheses, with a focus on IR, which between the experiential techniques, appears to play a central role in the change process. Moreover, it is proposed that the meta-emotional problem (i.e. or “secondary” problem) is implicated in IR trans-diagnostic effectiveness and in ST change process.

**Key words:** Schema Therapy, early maladaptive schema, mode, meta-emotional problem, secondary problem

## La modifica degli Schemi Maladattivi Precoci

Negli ultimi dieci anni la Schema Therapy ha accumulato prove empiriche che ne dimostrano l'efficacia per diversi disturbi mentali (Jacob e Arntz, 2013; Taylor et al., 2017).

Poiché lo scopo della ST è originariamente quello di diminuire l'impatto degli schemi disfunzionali sostituendoli con schemi funzionali, l'ipotesi più intuitiva è che l'efficacia della ST abbia a che fare con una diminuzione della pervicacia degli Schemi Maladattivi Precoci (SMP).

Gli SMP sono i costrutti centrali nell'apparato teorico della ST e vengono definiti, in linea con la tradizione cognitivista di Beck, come rappresentazioni e credenze negative su di sé, sugli altri e sul mondo, che organizzano e danno significato all'esperienza soggettiva (Young, 1990). Essi combinano al loro interno elementi cognitivi, emotivi, mnestici e percettivi che hanno origine da esperienze avverse in infanzia e /o adolescenza e che si stabilizzano in età adulta (Young, et al., 2003). Gli SMP sono 18 e ricadono all'interno di cinque domini corrispondenti alla frustrazione di altrettanti bisogni emotivi fondamentali: Distacco e Rifiuto, derivante dalla frustrazione del bisogno di attaccamento sicuro; Mancanza di Autonomia, derivante dal bisogno frustrato di autonomia, di senso di competenza e di identità; Eccessiva Attenzione ai Bisogni degli Altri, derivante dal bisogno frustrato di esprimere liberamente i propri bisogni ed emozioni; Ipercontrollo / Inibizione, derivante dal bisogno frustrato di spontaneità e gioco ed infine Mancanza di Limiti, derivante dal bisogno frustrato di limiti realistici e autocontrollo.

Nonostante l'ipotesi che la ST agisca sui sintomi modificando gli schemi sia intuitiva, la maggior parte degli studi di efficacia ha trascurato di misurare la possibile diminuzione degli SMP post-intervento. Pertanto il numero di ricerche che fornisce dati in merito è tutt'ora limitato.

Nordahl e colleghi (2005), hanno mostrato che in un campione clinico eterogeneo il cambiamento degli SMP era predittivo circa il miglioramento globale dei sintomi. Inoltre, una revisione della letteratura di Taylor e colleghi (2017), ha evidenziato che su 12 studi di efficacia che avevano misurato il cambiamento degli schemi, 11 presentavano una riduzione dei sintomi e degli SMP. La maggior parte di questi studi tuttavia, non ha esplorato la natura della relazione tra il cambiamento degli schemi e la riduzione dei sintomi (non spiega cioè se il cambiamento degli SMP medi la riduzione dei sintomi a seguito del trattamento con ST). Viceversa, Renner, e colleghi (2013) hanno osservato che la riduzione nella gravità complessiva dei sintomi rendeva conto del cambiamento degli schemi in un campione di giovani adulti con disturbi di personalità.

Inoltre, Renner e colleghi (2018) hanno osservato che sintomi e credenze disfunzionali miglioravano contemporaneamente, dato che potrebbe suggerire l'esistenza di un terzo meccanismo in grado di predire entrambi i cambiamenti.

**Tabella 1.** *Schemi per dominio*

<b>Bisogni disattesi</b>	<b>Dominio</b>	<b>Schemi</b>
Attaccamento sicuro	Distacco e Rifiuto	Abbandono e Instabilità Sfiducia e Abuso Deprivazione Emotiva Inadeguatezza e Vergogna Esclusione Sociale
Autonomia, senso di competenza e di identità	Mancanza di Autonomia	Dipendenza/Incompetenza Vulnerabilità al pericolo e alle malattie Invischiamento/sé poco sviluppato Fallimento
Limiti realistici e autocontrollo	Mancanza di regole	Pretese/Grandiosità Mancanza di autocontrollo e autodisciplina
Libertà di esprimere i bisogni e le emozioni	Eccessiva attenzione ai bisogni degli altri	Sottomissione Autosacrificio Ricerca di approvazione e riconoscimento
Spontaneità e gioco	Ipervigilanza e Inibizione	Negatività e Pessimismo Inibizione Emotiva Standard Elevati e Ipercriticismo Punizione

## Il cambiamento a livello dei Mode

I *Mode* o Modalità espressive dello schema costituiscono il secondo costrutto di base della ST. Questo costrutto si è reso necessario per spiegare i repentini cambiamenti di stato e di comportamento osservati nel Disturbo Borderline di Personalità (DBP). Gli individui con DBP infatti sperimentano bruschi cambiamenti emotivi a seguito di uno stimolo ambientale che genera una regressione del soggetto all'esperienza emotiva infantile originale. In tal senso i *Mode* possono essere definiti come Modelli di pensiero, emozioni e comportamento relativamente indipendenti tra loro basati su una serie di schemi (Arntz & van Genderen, 2009).

I *Mode* possono essere raggruppati in 4 categorie:

- **I *Mode* Bambini:** si sviluppano in infanzia e corrispondono alle risposte primitive del bambino ai bisogni emotivi frustrati. In particolare, Il Bambino Vulnerabile (legato ad emozioni di solitudine, abbandono, abuso e trascuratezza), Il Bambino Arrabbiato e quello Indisciplinato sono i *Mode* centrali di questa categoria. Il *Mode* Bambino Vulnerabile riflette la maggior parte degli SMP poiché riflette le risposte cognitive ed emotive alle esperienze traumatiche infantili. Pertanto questo *Mode* può essere considerato centrale nel processo di guarigione.
- **I *Mode* Genitoriali Disfunzionali:** corrispondono alle rappresentazioni interiorizzate delle risposte punitive, critiche ed esigenti ricevute dal bambino dalle figure di accudimento. Un individuo i cui *Mode* genitoriali esigenti e punitivi sono attivi finisce per trattare se stesso come i suoi genitori lo hanno trattato in passato. Attraverso l'attivazione di questo *Mode*, l'attitudine genitoriale disfunzionale continua ad inficiare il funzionamento attuale dell'individuo.

- **I Mode di Coping Disfunzionali:** consistono in condotte di coping sviluppatasi per reagire allo stress intenso generato dalla frustrazione dei bisogni emotivi fondamentali. Anche se questi *Mode* sono stati adattivi in passato, funzionando come strategie di sopravvivenza, diventano disadattivi in età adulta. In particolare essi si declinano attraverso comportamenti di Resa (es., arreso compiacente), Evitamento (es., protettore evitante, protettore distaccato), Ipercompensazione (es., autoesaltatore, perfezionista ipercontrollante).
- **I Mode Sani: l'Adulto Sano e il Bambino Felice** corrispondono alle parti che sono in grado di mostrare rispettivamente un funzionamento integrato, saggio e una condotta spontanea e creativa. Intuitivamente, prendendosi cura e tentando di soddisfare i bisogni del *Mode* Bambino, il *Mode* dell'Adulto Sano gioca un ruolo cruciale nel processo di guarigione.

Se gli schemi possono essere considerati come entità di tratto, i *Mode* equivalgono ad altrettanti stati corrispondenti. Ad esempio, lo schema di Inadeguatezza/Vergogna (i.e. la percezione di essere indesiderabile e indegno d'amore) può essere associato ad uno stile di coping di resa, producendo un quadro cognitivo-emotivo e comportamentale caratterizzato dal senso di inferiorità e tristezza tipico del *Mode* del "Bambino Vulnerabile" (Taylor et al., 2017) e generando la tendenza a compiacere gli altri per ottenere amore (strategia appartenente al *Mode* di coping dell'Arreso Compiacente). Diversamente lo stesso schema associato ad un *Mode* di ipercompensazione può elicitare uno stato caratterizzato da arroganza e senso di superiorità, tipico del *Mode* di coping dell'Autoesaltatore.

Una seconda ipotesi è che la ST agisca spezzando il meccanismo di mantenimento tra SMP e *Mode*. È stato proposto infatti, che all'attivazione di uno schema corrisponda l'attivazione dei meccanismi di coping individuali che sfocia nell'attivazione dei *Mode*. In particolare, quando l'individuo sperimenta la minaccia associata al contenuto dello schema (p.es. l'abbandono di una persona cara) e le emozioni negative che essa comporta, può mettere in atto delle risposte di coping di evitamento, resa o ipercompensazione che, in una prospettiva evolutiva, corrispondono alle risposte di attacco, fuga e di immobilità (Young et al., 2007). Tali risposte sono adattive nell'immediato e sono in grado di fornire sollievo momentaneo ma a lungo termine risultano disfunzionali e contribuiscono a mantenere e rinforzare gli SMP. Questo Modello è stato confermato empiricamente in uno studio che ha dimostrato che il tipo di risposta di coping (i.e. evitamento, resa, ipercompensazione) media la relazione tra Schemi e *Mode* e che i *Mode*, a loro volta hanno un ruolo predittivo sui sintomi psicopatologici (Wijk-Herbrink et al., 2018). Proprio in virtù del fatto che i *Mode* corrispondono ad entità che riflettono degli stati (più che dei tratti), essi sono facilmente identificabili da paziente e terapeuta. Pertanto le recenti applicazioni della ST al trattamento di disturbi di personalità sono centrate sui *Mode* più che sugli schemi (Bernstein et al., 2007; Van Vreeswijk & Arntz, 2007, van Vreeswijk et al., 2012).

### *Quali Mode in particolare giocano un ruolo chiave nel predire il cambiamento terapeutico nei Disturbi di Personalità (DP)?*

Un lavoro del 2020, basato sull'analisi dei dati raccolti nell'ambito di un precedente studio controllato randomizzato (Bamelis et al., 2014), ha testato il ruolo predittivo dei *Mode* circa il cambiamento nel trattamento di vari DP (Yakin et al., 2020). In particolare, sono stati identificati quali *Mode* avessero un effetto sui livelli di DP e quali *Mode* predicessero il funzionamento globale, sociale e occupazionale successivi al trattamento. I dati hanno mostrato che l'aumento nei punteggi del *Mode* dell'Adulto Sano e la diminuzione nei punteggi dei *Mode* del Bambino Vulnerabile, del Bambino Impulsivo e del Protettore Evitante predicavano il miglioramento dei DP. Inoltre, i *Mode* dell'Adulto Sano e dell'Autoesaltatore predicavano i livelli di funzionamento globale e

socio-occupazionale post-trattamento (il primo in modo positivo e il secondo in modo negativo). Infine, poiché lo studio originale (Bamelis et al., 2014) valutava l'efficacia della ST rispetto alla psicoterapia orientata alla chiarezza (*clarification-oriented-psychotherapy*) e al trattamento abituale (*treatment as usual*), gli autori hanno potuto osservare che il tipo di trattamento non moderava la relazione tra *Mode* e livelli di DP, fatta eccezione per il *Mode* dell'Autoesaltatore, la cui riduzione risultava in migliori livelli di funzionamento solo dopo l'intervento mediante ST. Inoltre, mentre la relazione tra i *Mode* Bambino Impulsivo e Protettore Evitante e i punteggi post-trattamento ai DP erano bidirezionali (i.e. aumenti nel Bambino Impulsivo e nel Protettore Evitante erano predittivi circa aumenti nei DP e viceversa), la relazione tra Adulto Sano, Bambino Vulnerabile e livelli di DP era univoca. Infine i risultati hanno indicato che i livelli dei *Mode* dell'Adulto Sano e del Bambino Vulnerabile si influenzano a vicenda nel tempo. In altri termini, l'aumento post-trattamento nei punteggi al *Mode* dell'Adulto Sano era predittivo circa la diminuzione dei punteggi al *Mode* del Bambino Vulnerabile, che a loro volta predicevano un ulteriore aumento nei punteggi all'Adulto Sano.

In conclusione, i dati di questo studio mettono in luce il ruolo chiave giocato dai *Mode* dell'Adulto Sano e del Bambino Vulnerabile nel processo di cambiamento dei DP a prescindere dai livelli iniziali di psicopatologia e suggeriscono che la ST sia in grado di lavorare sul *Mode* dell'Autoesaltatore ad un livello più profondo degli altri due tipi di trattamento esaminati (la *clarification-oriented-psychotherapy*, COP, un trattamento umanistico diffuso in Germania, Sachse et al., 2011 e il trattamento abituale, Bamelis et al., 2014).

Questo *Mode*, basandosi su uno stile di *coping* di ipercompensazione, può spesso causare rotture nella relazione terapeutica. Tali rotture sono tuttavia auspicabili in ST, poiché consentono il confronto empatico con le condotte di coping disfunzionali messe in atto dai pazienti (anche se questa conclusione è puramente speculativa e necessita di ulteriore verifica).

## L'alleanza terapeutica

Un altro possibile candidato a meccanismo di cambiamento in ST è l'alleanza terapeutica (Fassbinder et al., 2016; Lockwood & Perris, 2012; Spinhoven et al., 2007). Come è noto, l'alleanza terapeutica in ST si basa sulle tecniche del confronto empatico e del *reparenting* parziale. Se nel confronto empatico il terapeuta cerca di motivare il paziente al cambiamento dei *Mode* di *coping* implicati nel mantenimento della sofferenza, con il *reparenting* parziale si tenta di fornire al paziente, nei limiti imposti dall'etica professionale, un'esperienza emotiva correttiva (Tenore e Serrani, 2016). In riferimento al *reparenting* parziale, è stato dimostrato che i punteggi dell'alleanza terapeutica erano più alti nel trattamento ST del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) rispetto a quelli della *transference-focused therapy* (Spinhoven et al., 2007). Bassi punteggi nelle fasi iniziali della terapia predicevano un *drop-out* mentre punteggi elevati predicevano il miglioramento sintomatico. Pertanto, l'alleanza terapeutica potrebbe essere alla base del processo di cambiamento che porta al miglioramento clinico nel trattamento ST del DBP. Ulteriori prove a sostegno di questa ipotesi provengono da uno studio di Renner et al., (2018), che hanno riscontrato l'associazione tra andamento dei sintomi e alleanza terapeutica di sessione in sessione. Tuttavia, gli autori hanno anche osservato che le misure dell'alleanza terapeutica non erano predittive circa i cambiamenti dei sintomi a lungo termine. Inoltre, Tschacher e colleghi (2012) hanno mostrato che fattori come *l'insight* e la chiarezza sono cruciali nel facilitare i cambiamenti nella Schema-focused Therapy. Quindi evidenze preliminari suggeriscono che incrementare la consapevolezza dei propri problemi in un contesto funzionale come quello dell'alleanza terapeutica porta allo sviluppo di

comportamenti nuovi ed adattivi (Arntz & van Gendren, 2009; Roediger, 2012).

Infine, Fassbinder e colleghi (2016) hanno sottolineato l'importanza di un numero crescente di studi che indicano la centralità delle tecniche esperienziali (come *l'Imagery with Rescripting*) rispetto al processo di cambiamento in ST. Infatti, le tecniche esperienziali essendo principalmente indirizzate al *Mode* del Bambino Vulnerabile, facilitano il paziente ad elaborare emotivamente le esperienze traumatiche precoci e a modificare il significato disfunzionale ad esse associato. Inoltre, questa tecnica, mediante il coinvolgimento della parte Adulta e Sana del paziente, ha lo scopo di introdurre una maggiore consapevolezza e di potenziare l'assunzione di responsabilità del paziente nei confronti della propria vita (che sono appunto le caratteristiche principali espresse dal *Mode* dell'Adulto Sano).

## L'imagery with Rescripting

Una delle caratteristiche salienti dell'IwR è la sua validità nel trattamento di disturbi mentali diversi. Negli ultimi dieci anni sono state raccolte numerose prove di efficacia sia quando essa veniva somministrata come parte integrante di protocolli clinici più ampi, che come tecnica a sé stante (Arntz, 2012; Morina et al., 2017).

Quando presa come parte di protocolli clinici più ampi, come la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) e la Schema Therapy (ST), l'IwR si è mostrata efficace nel ridurre i sintomi del disturbo posttraumatico da stress (DPTS- Arntz et al., 2007; Kindt et al., 2007; Ehlers et al., 2005), e dei disturbi di personalità (DP-, Bamelis et al., 2014).

In particolare, Anke Ehlers e David Clark, professori di psicopatologia sperimentale e direttori dell'Oxford Centre for Anxiety Disorders and Trauma, hanno integrato l'IwR in un protocollo di TCC per il trattamento del DPTS. La sintesi del protocollo clinico messo a punto dagli anglosassoni prevede che il *rescripting* venga preparato con un intervento di ristrutturazione cognitiva. Tale ristrutturazione implica il cambiamento del significato del ricordo traumatico e della rappresentazione di sé ad esso associata. Ad esempio, gli autori fanno riferimento al caso di una donna vittima di stupro. La donna identificava, come momento peggiore del proprio trauma, quello in cui il suo assalitore le aveva detto che era brutta. Da quel momento in poi aveva cominciato a sentirsi scarsamente attraente e a ricercare rapporti sessuali occasionali per autoconvincersi del contrario. Il protocollo ha previsto l'uso preliminare del dialogo socratico per identificare valutazioni alternative, ad esempio, che lo stupratore l'avesse identificata proprio in virtù del fatto che ella fosse attraente e che probabilmente il di lui commento derivava dall'incapacità ad eccitarsi sessualmente senza umiliare le sue vittime. Nella fase di *rescripting*, la paziente ha potuto introdurre la nuova interpretazione all'interno del ricordo traumatico, rispondendo assertivamente allo stupratore (Ehlers & Clark, 2000; Ehlers et al., 2005). Sempre nel caso del DPTS, Arntz e collaboratori (2007) hanno integrato l'IwR con la tecnica dell'esposizione in immaginazione (EI), confrontandone gli effetti combinati con quello della sola EI. I risultati hanno mostrato una significativa riduzione dei *drop-out* e migliori effetti delle due tecniche combinate su rabbia, vergogna e colpa; emozioni tipicamente coinvolte nel mantenimento del DPTS. In effetti, alcuni autori hanno suggerito che l'uso dell'IwR sia particolarmente adatto proprio nel caso in cui tali emozioni secondarie siano predominanti rispetto all'emozione primaria di paura nel DPTS (Arntz, 2011; Grunert et al., 2007). Inoltre, come notato da Arntz (2011), la differenza principale tra IwR e EI risiede nel fatto che nel caso dell'esposizione l'evento traumatico debba essere rivissuto completamente ed in maniera prolungata, mentre nell'IwR ciò non è necessario ed al paziente possono essere risparmiati i dettagli più orribili. Infatti, egli sa già cosa sta per accadere ed è sufficiente cominciare il *rescripting* prima che i momenti più traumatici vengano

rivissuti (Dibbets & Arntz, 2016).

Ancora il gruppo inglese ha sviluppato un protocollo integrato di TCC e IwR per il trattamento della fobia sociale ottenendo risultati molto promettenti. Anche in questo caso l'IwR è stata impiegata per elaborare esperienze sociali negative precoci e la fase di *rescripting* veniva preparata in precedenza sulla base della ristrutturazione cognitiva. I risultati hanno mostrato una riduzione delle credenze patologiche associate all'evento traumatico, dell'ansia sociale, della paura della valutazione negativa e dello stress connesso all'intrusività delle memorie avverse (Wild et al., 2007; 2008). Tuttavia, come nel caso del protocollo sviluppato per il DPTS, la somministrazione dell'IwR non è stata sperimentalmente isolata da quella della ristrutturazione cognitiva.

Recentemente la tecnica è stata studiata in protocolli sperimentali che prevedevano il suo impegno come tecnica a sé stante nel DPTS (Arntz et al., 2013; Alliger-Horm, 2015; Oktedalen et al., 2015; Raabe et al., 2015), nella fobia sociale (Lee & Kwon, 2013; Reimer & Moscovitch, 2015), nel disturbo da dismorfismo corporeo (Ritter & Stangier, 2016; Willson et al., 2016), nella bulimia (Cooper, 2011), nella depressione (Wheatley et al., 2007; Brewin et al., 2009) e nel DOC (Page et al., 2010; Veale et al., 2015). La potenza dell'IwR probabilmente dipende anche dal fatto che essendo una tecnica esperienziale ha un maggiore impatto sulle emozioni rispetto a tecniche verbali (Holmes et al., 2009).

In particolare, in pazienti con DOC cronico e non rispondenti alla TCC classica, è stata osservata una riduzione dei sintomi, come mostrato dalla riduzione dei punteggi nello *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS), ed una spontanea riduzione dell'evitamento esperienziale (Page et al., 2010; Veale et al., 2015).

Molto importanti sono anche gli studi che confrontano l'IwR con le tecniche cognitive di comprovata efficacia, come l'esposizione in vivo nel caso di fobie specifiche (Hunt & Fenton, 2007), le tecniche cognitivo-comportamentali focalizzate sul presente per i disturbi di personalità (Weertman & Arntz 2007), la già menzionata esposizione in immaginazione nel caso del DPTS (Arntz et al., 2007; Økstedalen et al., 2015), e la ristrutturazione cognitiva (Norton & Abbott, 2016). Esaminando nell'insieme i risultati di questi studi si può concludere che l'IwR sia comparabile alle tecniche cognitive comportamentali classiche, quando addirittura non più efficace delle stesse.

Nonostante questi risultati promettenti, i meccanismi proposti per spiegare l'efficacia transdiagnostica di questa tecnica sono ancora oggetto di dibattito.

### *Gli effetti dell'IwR sulla rappresentazione di sé*

I risultati di numerosi studi sembrano suggerire che l'IwR produca un cambiamento nel significato originale attribuito alle esperienze avverse ed in particolare in ciò che le persone pensano di se stesse (i.e. nella rappresentazione di sé).

La riduzione delle credenze disfunzionali associate alle esperienze avverse è stata riscontrata ad esempio in pazienti con fobia sociale (Wild et al., 2007; 2008; Lee & Kwon, 2013). Come notato in precedenza, in questi studi l'IwR era sempre preceduta dalla ristrutturazione cognitiva, rendendo difficile isolare gli effetti. L'efficacia diretta della tecnica per il disturbo di ansia sociale è stata successivamente verificata in uno studio che ha messo in luce una riduzione significativa delle credenze disfunzionali associate alle esperienze avverse ed una ristrutturazione in positivo di tali credenze. Ad esempio, l'intransigenza di alcune valutazioni come: "*Sono diverso e non merito di appartenere a nessun gruppo*" venivano sostituite da valutazioni più flessibili come:

“Ognuno è diverso e tutti a volte si sentono di non appartenere. Sta ad ognuno di noi impegnarsi per tentare di riconnetterci gli uni con gli altri” (Reimer & Moscovitch 2015).

Analogamente, una singola sessione di IwR ha prodotto la diminuzione delle credenze disfunzionali relative al Sé in un gruppo di pazienti bulimiche, rispetto ad una tecnica verbale volta ad indentificare gli effetti negativi e ricorsivi di tali credenze sul funzionamento generale e sul comportamento alimentare delle pazienti. Nello specifico la riduzione dell’auto-invalidazione a seguito dell’IwR, era associata ad un miglioramento dell’umore e ad una diminuzione delle abbuffate (Cooper, 2011).

Ancora, Basile et al., (2018) hanno testato il contenuto emotivo dei ricordi legati ad esperienze precoci avverse in un gruppo di pazienti con DOC, confrontandolo con quello di un gruppo di pazienti con altre diagnosi. Gli autori hanno poi somministrato ad entrambi i gruppi una sessione di IwR, osservando anche la modificazione del significato di tali esperienze a seguito della somministrazione. I risultati hanno mostrato come i ricordi del gruppo con DOC fossero prevalentemente caratterizzati da esperienze di biasimo e rimprovero da parte di entrambi i genitori e dall’emozione di colpa, a fronte di esperienze di abbandono e solitudine nel caso del gruppo non-DOC (in prevalenza disturbo depressivo maggiore e disturbi d’ansia). Inoltre, gli autori hanno osservato che a seguito dell’IwR i pazienti con DOC modificavano il significato delle esperienze avverse in senso deresponsabilizzante, e formulavano valutazioni come “*Non sono colpevole*”, “*Ho il diritto di sbagliare*”, ecc., mentre il gruppo non-DOC tendeva a modificare le proprie credenze disfunzionali nel senso di una maggiore amabilità (es. “*Merito di essere amato*”).

Nell’insieme i risultati di questi studi indicano che l’IwR modifica la rappresentazione di sé e tale cambiamento potrebbe rendere conto dell’efficacia transdiagnostica di questa tecnica. Resta da chiarire *come* tale cambiamento avvenga nella mente del paziente, quali elementi dell’IwR lo favoriscano.

### *Teorie proposte per spiegare l’efficacia dell’IwR*

Le teorie principali che sono state proposte per spiegare l’efficacia dell’IwR sono quattro: il cambiamento della valenza dei ricordi; l’aumento dell’autoefficacia; la migliore integrazione delle esperienze avverse nella rappresentazione di sé e la teoria della contestualizzazione dei ricordi episodici.

Secondo Arntz e collaboratori (2012) l’IwR funzionerebbe modificando il significato del ricordo traumatico e la valenza della sua rappresentazione in memoria. In particolare, secondo il principio del condizionamento classico, al ricordo di un’esperienza precoce avversa (stimolo incondizionato) verrebbe associata una valenza più positiva. Pertanto, gli stessi stimoli condizionati (ovvero gli eventi in grado di elicitare il ricordo delle esperienze avverse) provocheranno una diversa risposta condizionata (emozioni più positive). Prove preliminari a sostegno di questo meccanismo vengono da uno studio che mostra come l’IwR in combinazione all’estinzione riduca la probabilità di occorrenza dei ricordi traumatici e la negatività ad essi associata (Dibbets et al., 2012).

Tuttavia, anche ammettendo che al ricordo dell’esperienza avversa venga associata una valenza più positiva, ciò non spiega il cambiamento che avviene a livello della rappresentazione concettuale di sé (specialmente non dopo una singola sessione di IwR). Lo stesso Arntz infatti ha osservato una riduzione delle credenze disfunzionali su di sé assieme alla riduzione delle immagini intrusive nel DPTS (Hagenaar & Arntz, 2012). Questi risultati sembrano suggerire che



ciò che viene modificato dall'IwR non sia solamente la valenza legata ad un ricordo traumatico ma tutto il sistema di significati, credenze, scopi e rappresentazioni di sé apprese in infanzia. Pertanto, rimane da verificare se il cambiamento di valenza osservato sia epifenomenico o causale rispetto al cambiamento delle credenze disfunzionali.

In secondo luogo, è stato suggerito che l'espressione delle emozioni negative durante il *rescripting* possa restituire un senso di controllo sulla propria vita, aumentando l'auto-efficacia percepita (Arntz, 2012). Tuttavia, il concetto di autoefficacia non appare né sufficiente, né necessario a spiegare l'insorgenza o il mantenimento della psicopatologia.

Inoltre, è stato proposto che l'espressione delle emozioni negative faciliti l'integrazione dell'esperienza avversa all'interno della memoria autobiografica e quindi della rappresentazione di sé (Dibbets & Arntz, 2016). Tuttavia, anche riconoscendo il potere catartico dell'espressione delle emozioni, non è chiaro *come* tale migliore integrazione delle esperienze avverse in memoria autobiografica possa risultare nella riduzione delle credenze disfunzionali legate al sé. Infatti, anche assumendo che una migliore integrazione dei ricordi traumatici possa rendere conto della riduzione della loro intrusività nel DPTS, tale integrazione sembrerebbe non necessaria nei disturbi di personalità, dove i ricordi delle esperienze avverse sembrano perfettamente integrati con rappresentazioni di sé fortemente negative (*i.e.*, schemi).

Infine, secondo la teoria della competizione per il richiamo (dall'Inglese *retrieval competition account*), proposta da Brewin per spiegare il funzionamento della TCC, alla base dell'efficacia dell'IwR c'è la competizione per il richiamo di rappresentazioni diverse (Brewin, 2006). Secondo l'autore, ispirato dal Modello di funzionamento della memoria autobiografica proposto da Conway (per approfondimenti si veda Conway & Pleydell-Pearce, 2000), le credenze su di sé non sono rappresentate in memoria soltanto in forma verbale (es. "*sono un fallito*"), ma anche sotto forma di ricordi episodici di esperienze autobiografiche specifiche (*i.e.* l'esperienza del fallire). Pertanto, ci si può aspettare una riduzione dei sintomi non solo ristrutturando le credenze disfunzionali sul sé *verbalmente*, ma anche prevenendo il richiamo delle esperienze avverse che le supportano. Di conseguenza, l'IwR si baserebbe su un processo di associazione automatica in grado di creare un'immagine alternativa in memoria che condivide le caratteristiche percettive con la rappresentazione originale ma che è accompagnata da emozioni positive (Wheatley et al., 2007). Inoltre, l'IwR aggiungerebbe informazione contestuale al ricordo dell'esperienza avversa o traumatica (che secondo tale teoria è rappresentata in forma prevalentemente sensoriale), diminuendone la salienza e rendendo più probabile il richiamo della nuova rappresentazione a scapito di quella negativa (Brewin et al., 2010). Tuttavia, è opportuno notare che nella procedura classica dell'IwR (Arntz & Weertman, 1999), l'acquisizione di nuove informazioni non è strettamente necessaria, bensì è sufficiente che avvenga un cambiamento di prospettiva; da quella infantile a quella adulta. Infatti, anche le tecniche di riattribuzione verbale come la ristrutturazione cognitiva possono favorire l'acquisizione di informazione contestuale nuova. Tuttavia, l'IwR è caratterizzata da una maggiore intensità emotiva rispetto alle tecniche verbali, sia per le emozioni positive che negative. Ciò risulta in un cambiamento più veloce ed efficace delle valutazioni automatiche implicate nelle immagini (Holmes & Mathews, 2010; Holmes et al., 2006). Pertanto tecniche verbali ed immaginative potrebbero utilizzare canali diversi per arrivare ad uno stesso risultato.

In sintesi, le teorie proposte fin ora in letteratura suggeriscono che la riduzione dei sintomi e il cambiamento nella rappresentazione negativa di sé avvengano o tramite il cambiamento del significato e della valenza dei ricordi autobiografici o diminuendo la loro accessibilità in memoria, a favore di rappresentazioni più positive. Entrambi questi filoni teorici, seppur proponendo

meccanismi del tutto probabili, non chiariscono cosa accada nella mente del paziente e quali ingredienti dell'IwR promuovano il cambiamento.

## L'ipotesi della risoluzione del problema secondario

Un'ipotesi non ancora testata è che l'IwR faciliti il cambiamento delle credenze disfunzionali su di sé, modificando la valutazione delle proprie emozioni negative (Mancini & Mancini, 2018). Secondo le concezioni cognitive classiche percepire un'emozione negativa come problematica e inaccettabile può innescare una reazione emotiva secondaria (i.e. *problema secondario*) in grado di mantenere il problema principale (Greenberg & Safran, 1990; Ellis, 1999; Greenberg, 2002; Hayes et al., 2006; Mennin & Farach, 2007; Clark & Beck, 2010) ed influenzare i successivi tentativi di regolazione emotiva (Gardner et al., 1988; Hofmann, 2013). In linea con questo approccio, l'IwR agirebbe favorendo la legittimazione delle proprie reazioni emotive, in particolare quelle avverse e ciò promuoverebbe la trasformazione del significato attribuito a tali esperienze, ovvero che la sofferenza provata da bambini fosse adeguata, legittima e meritevole di attenzione. Ciò contrasterebbe il processo di auto-invalidazione delle emozioni negative appreso in infanzia, nella relazione con le figure di attaccamento (Gardner et al., 1988). In particolare, due elementi della procedura di IwR sembrerebbero favorire tale cambiamento: i) il cambiamento di prospettiva: da quella del bambino a quella dell'adulto e ii) il tentativo di soddisfare i bisogni emotivi frustrati del bambino. Il primo elemento implica una presa di distanza dal messaggio disfunzionale appreso in infanzia, il secondo implica l'adozione di un atteggiamento benevolo nei confronti di se stesso e la legittimazione delle proprie emozioni negative. A seconda del contesto, questi elementi possono tradursi in azioni (immaginarie) differenti, come il proteggere, l'accudire o il restituire autonomia al proprio sé bambino. Tuttavia, l'osservazione clinica suggerisce che se il paziente non è in grado di assumere un atteggiamento empatico verso sé stesso, difficilmente porterà a termine l'esercizio.

Alcuni studi recenti hanno mostrato dati in favore della validità di questa ipotesi. In primo luogo, una serie di studi mostra come il problema secondario sia un fenomeno transdiagnostico, correlato ai sintomi di: depressione (Nolen-Hoeksema, 1991, 2000), ansia sociale (Wells, 2000, 2007, 2008), PTSD, abuso di alcool, problemi di coppia e disturbi di personalità (Leahy, 2001 a,b, 2002, 2003; Leahy & Kaplan, 2004). In particolare è stato mostrato che la credenza che le emozioni siano irrazionali è fortemente correlata con la tendenza a sperimentare sentimenti di colpa, vergogna ed imbarazzo in reazione alle emozioni avverse e con la difficoltà ad accettare le emozioni negative che sfocia in ruminazione ed evitamento di tali emozioni (Trincas et al., 2016). In linea con questi risultati, è noto che emozioni di colpa e vergogna per avere il DPTS o sentirsi in colpa per i pensieri intrusivi nel DOC, sono cattivi predittori di esito (Gilbert & Andrews, 1998; Clohessy & Ehlers, 1999), poiché i pazienti evitano di cercare il sostegno terapeutico o di impegnarsi negli esercizi di esposizione (Leahy, 2007). In secondo luogo, è stato mostrato come la riduzione del problema secondario porti alla riduzione del problema primario nelle fobie specifiche (Couyoumdjian et al., 2016) e dell'attivazione del sistema autonomico durante l'esposizione agli stimoli fobici nelle fobie specifiche e nella fobia sociale (Couyoumdjian et al., 2016; Morticcioli & Couyoumdjian, 2018). In terzo luogo, è stato dimostrato che l'uso della *Compassion-Focused Imagery* (CFI) in un gruppo di partecipanti con elevati livelli di autocritica, ha portato ad un incremento delle abilità di auto-consolarsi (Gilbert & Irons, 2004). Tuttavia, l'autocritica viene descritta come un tratto di personalità che aumenta rabbia e frustrazione autodirette in reazione a fallimenti e ostacoli (Blatt, 2004; Gilbert et al., 2004; Gilbert & Irons, 2004) mentre nel problema

secondario le persone si criticano proprio per avere determinate emozioni negative. Inoltre la CFI è una procedura diversa dall' IwR.

### *Quali variabili transdiagnostiche mediano la relazione tra SMP, Psicopatologia e Benessere percepito?*

La capacità di regolare le emozioni corrisponde a compiere operazioni cognitive e comportamentali volte a rispondere in maniera appropriata, date le circostanze, senza esserne sopraffatti (Gratz & Roemer, 2004; Kooze, 2009). Inoltre l'accettazione delle emozioni negative e la consapevolezza sono fondamentali al processo di regolazione emotiva (Gratz & Roemer, 2004). Viceversa la disregolazione emotiva si riferisce all'incapacità di regolare e gestire in maniera flessibile le reazioni emotive, incapacità che spesso sfocia nella psicopatologia (Gratz & Roemer, 2004). Poiché sia la disregolazione emotiva che lo sviluppo degli SMP derivano da maltrattamenti in infanzia (Dvir et al., Rellini et al., 2012) e che a punteggi elevati negli SMP corrispondono elevati livelli di disregolazione emotiva (Young et al., 2003), alcuni autori hanno esplorato la relazione tra SMP, capacità di regolare le emozioni e psicopatologia, osservando che le difficoltà nel regolare le emozioni media la relazione tra SMP e psicopatologia (Yakin et al., 2019).

Le capacità individuali di far fronte alle avversità e alle emozioni legate alle esperienze traumatiche infantili influenzano inoltre il benessere psicologico (Keyfitz et al., 2013). Un meccanismo di coping coinvolto è la compassione verso sé stessi, che secondo Neff (2003) coinvolge tre continuum che rispecchiano le capacità individuali di: a) trattare se stessi con gentilezza e accettazione, piuttosto che con un atteggiamento critico e svalutante (gentilezza vs. giudizio verso se stessi) b) il riconoscere i propri fallimenti e difetti come comuni all'esperienza umana, più che unici ed isolati ad un solo individuo (i.e. appartenenza all'umanità vs. isolamento); e c) trovare un equilibrio tra una valutazione non giudicante e la gestione delle emozioni, piuttosto che l'auto-vittimizzazione pessimistica (i.e. *mindfulness* vs. iperidentificazione). Come tale la compassione di sé consente all'individuo di gestire le emozioni in maniera più adattiva, piuttosto che ingaggiare una lotta contro l'atteggiamento autocritico e colpevolizzante. Inoltre, la compassione di sé promuove la distanza psicologica dagli eventi avversi e una prospettiva più oggettiva, che consente all'individuo di raggiungere una comprensione più realistica di quanto accaduto (Finlay-Jones et al., 2015). Pertanto, se da una parte la gravità dei sintomi psicopatologici coinvolge principalmente l'incapacità di regolare le emozioni, la compassione di sé, poiché promuove le emozioni positive validando quelle negative (Barlow et al., 2017; Neff, 2003a), rientra nel novero dei fattori di resilienza (Fredrickson, 2001; Gratz & Roemer, 2004). In accordo con questa prospettiva i dati indicano che la compassione verso sé stessi media la relazione tra SMP e benessere percepito (Yakin et al., 2019).

Ulteriori dati preliminari a supporto del coinvolgimento di variabili meta-emotive come possibili fattori di mediazione tra SMP e *Mode* indicatori della salute mentale, provengono da uno studio che ha osservato che la relazione tra SMP e *Mode Sani* (i.e. il *Mode* dell'Adulto Sano e quello del Bambino Felice) è mediata dalla ruminazione depressiva, misurata tramite la "*Ruminative Response Scale*" (RRS, Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). In particolare la scala di Riflessione (i.e. *Self-Reflection*) spiega parte degli effetti negativi che gli Schemi esercitano sulle parti più sane dell'individuo, incrementando al contempo il *Mode* del Bambino Vulnerabile. Viceversa, è stato confermato che la Compassione di sé, misurata tramite la "*Self Compassion Scale-Short Form*" (SCS-SF, Raes et al., 2011), mitiga tali effetti (Mancini, Luppino e Mancini, in preparazione).

## Conclusioni

I meccanismi di cambiamento candidati a spiegare l'efficacia trans-diagnostica della ST sono molteplici. Tuttavia i dati sembrano convergere nell'indicare la centralità di alcune variabili che sembrano spezzare il circolo di mantenimento che si viene a creare tra *Schemi* e *Mode*, come la capacità di regolare le proprie emozioni senza esserne sopraffatti, la Compassione verso se stessi e il decentramento rispetto alla propria personalità, ai propri pensieri e vissuti emotivi negativi. Tali variabili possono essere considerate come indici indiretti della presenza (o assenza) del problema meta-emotivo (o secondario). Sono in corso indagini sperimentali volte a testare l'ipotesi che l'IwR agisca risolvendo il problema secondario, e che tale risoluzione produca un cambiamento nel significato attribuito ai ricordi traumatici (nella rappresentazione negativa di sé), promuovendo una riduzione dei sintomi.

## Bibliografia

- Alliger-Horn, C., Zimmermann, P., Mitte, K. (2015). Comparative effectiveness of IRRT and EMDR in war-traumatized German soldiers. [*Vergleichende Wirksamkeit von IRRT und EMDR bei kriegstraumatisierten deutschen Soldaten*]. *Trauma & Gewalt* 9, 3, 204-215.
- Arntz, A. (2018). Internalizing and Externalizing Behaviors Share a Common Predictor: The Effects of Early Maladaptive Schemas Are Mediated by Coping Responses and Schema Modes. *Journal of Abnormal Child Psychology* 46, 5, 907-920.
- Arntz, A., van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons, New York.
- Arntz, A., Sofi, D., van Breukelen, G. (2013). Imagery rescripting as treatment for complicated PTSD in refugees: A multiple baseline case series study. *Behaviour Research and Therapy* 51, 6, 274-283.
- Arntz, A. (2012). Imagery Rescripting as a Therapeutic Technique: Review of Clinical Trials, Basic Studies, and Research Agenda. *Journal of Experimental Psychopathology* 3, 189-208.
- Arntz, A., Tiesema, M., Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 38, 345- 370.
- Arntz, A. (2011). Imagery Rescripting for Personality Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* 18, 466-481.
- Arntz, A., Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy* 37, 715-740.
- Bamelis, L.L.M., Evers, S.M.A.A., Spinhoven, P., Arntz, A. (2014). Results of a multicentered randomized controlled trial on the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 171, 3, 305-22.
- Barlow, M.R., Goldsmith Turow, R.E., Gerhart, J. (2017). Trauma appraisals, emotion regulation difficulties, and self-compassion predict posttraumatic stress symptoms following childhood abuse. *Child Abuse & Neglect* 65, 37-47.
- Basile, B., De Sanctis, B., Fadda, S., Luppino, O.I., Perdighe, C., Saliani, A.M, Tenore, K. Mancini, F. (2018). Early life experiences in OCD and other disorders: A retrospective observational study using Imagery with Re-scripting. *Clinical Neuropsychiatry*, 15, 5, 299-305
- Bernstein, D.P., Arntz, A., Vos, M. de. (2007). Schema Focused Therapy in Forensic Settings: Theoretical Model and Recommendations for Best Clinical Practice. *International Journal of Forensic Mental Health* 6, 2, 169-183.
- Blatt, S.J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives*. American Psychological Association. Washington, DC, US.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behavior therapy: a retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.

- Brewin, C.R., Gregory, J.D., Lipton, M., Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanism and treatment implication. *Psychological Review*, 117, 210-232.
- Clark, D.A., Beck, A.T. (2010). Cognitive Theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 418-424.
- Clohessy, S., Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251-265.
- Cooper, M.J. (2011). Working with Imagery to modify core beliefs in people with eating disorders: a clinical protocol. *Cognitive and Behavioural Practice*, 18, 454-465.
- Conway, M.A., Pleydell-Pearce, C.W. (2000). The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System. *Psychological Review*, 107, 2, 261-88
- Couyoumdjian, A., Ottaviani, C., Petrocchi, N., Trincas, R., Tenore, K., Buonanno, C., et al. (2016). Reducing the meta-emotional problem decreases physiological fear response during exposure in phobics. *Frontiers in Psychology*, 7, 1105.
- Dibbets, P., Arntz, A. (2016). Imagery rescripting. Is incorporation of the most aversive scenes necessary? *Memory*, 24, 683-695.
- Dibbets, P., Poort, H., Arntz, A. (2012). Adding imagery rescripting during extinction leads to less ABA renewal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 614-624.
- Dvir, Y., Ford, J.D., Hill, M., Frazier, J.A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22, 3, 149-161.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., Mcmanus, F., Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Ellis, A. (1999). Early Theories and Practices of Rational Emotive Behavior Therapy and How They Have Been Augmented and Revised During the Last Three Decades. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 17, 69-93.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., Arntz, A. (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Frontiers in Psychology*, 7, 1373.
- Finlay-Jones, A.L., Rees, C.S., Kane, R.T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PLOS One* 10, 7.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56,3, 218-226.
- Gardner, G.G., Mancini, F., Semerari, A. (1988). *Construction of psychological disorders as invalidation of self-knowledge* in *Experimenting with Personal Constructs Psychology*, ed. F. Fransella, Thomas LF, Routledge New York.
- Gilbert, P., Andrews, B.E. (1998). *Shame: Interpersonal behavior, Psychopathology and Culture*. Oxford University Press, London.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N.V., Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology* 43, 31-50.
- Gilbert, P., Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507-516.
- Gratz, K.L., Roemerm, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26,1, 41-54.
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion Focused Therapy: Coaching Clients to Work through Their Feelings*. American Psychological Association, Washington DC.
- Greenberg, L.S., Safran, J.D. (1990). *Emotion in Psychotherapy*. Guilford Press, New York.
- Grunert, B.K., Weis, J.M., Smucker, M.R., Christianson, H.F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 38, 317-328.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy:

- Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hagenaars, M.A., Arntz, A. (2011). Reduced intrusion development after post-trauma imagery rescripting: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43,2,808-14.
- Holmes, E.A., Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychological Review*, 30, 349-362.
- Holmes, E.A., Mathews, A., Dalgleish, T., Mackintosh, B. (2006). Positive interpretation training: Effects of mental imagery training versus verbal training on positive mood. *Behavior Therapy*, 37, 237-247.
- Hofmann, S.G. (2013). The Pursuit of Happiness and Its Relationship to the Meta-experience of Emotions and Culture. *Australian psychologist*, 48, 94-97.
- Hunt, M., Fenton, M. (2007). Imagery rescripting versus in vivo exposure in the treatment of snake fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 329-344.
- Jacob, G.A., Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Personality Disorders—A Review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171–185.
- Keyfitz, L., Lumley, M.N., Hennig, K.H., Dozois, D.J.A. (2013). The role of positive schemas in child psychopathology and resilience. *Cognitive Therapy and Research*, 3,1, 97–108.
- Kindt, M., Buck, N., Arntz, A., Soeter, M. (2007). Perceptual and conceptual processing as predictors of treatment outcome in PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 491- 506.
- Koole, S.L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23,1, 4-41.
- Leahy, R.L. (2001a). *Emotional Schemas in Cognitive Therapy*. in: Annual meeting of the Association for Advancement of Behavioral Therapy. Philadelphia, PA.
- Leahy, R.L. (2001b). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. The Guilford Press, New York.
- Leahy, R.L. (2002). A Model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-190.
- Leahy, R.L. (2007). Emotional Schemas and Resistance to Change in Anxiety Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 36-45.
- Leahy, R.L. (2015). *Emotional Schema Therapy*. Guilford Press, New York.
- Leahy, R.L., Kaplan, D. (2004). *Emotional Schemas and Relationship adjustment*. In: annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. New Orleans, LA.
- Lee, S.W., Kwon, J.H. (2013). The efficacy of Imagery Rescripting (IR) for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 351-360.
- Lockwood, G., Perris, P. (2012). A New Look at Core Emotional Needs. In van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort, M (Eds.) *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.
- Mancini, A., Luppino, O.I., Mancini, F., (2020). *What prevents us from being Healthy? Exploring the mediating role of meta-emotional variables in the relation between schemas and moods*. Abstract presented at the Virtual Conference of the ISST.
- Mancini, A., Mancini, F. (2018). Rescripting Memory, Redefining the Self: A Meta-Emotional Perspective on the Hypothesized Mechanism(s) of Imagery Rescripting. *Frontiers in psychology*, 9, 581.
- Mennin, D., Farach, F. (2007). Emotion and Evolving Treatments for Adult Psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 329-352.
- Morina, N., Lancee, J., Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6-15.
- Morticcioni, N., Couyoumdjian, A. (2018). Effetti della modulazione del problema secondario nella fobia sociale: uno studio sperimentale. *Cognitivismo Clinico*, 14, 2, 153-172.
- Neff, K.D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101.
- Neff, K.D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive

- symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Nordahl, H.M., Holthe, H., Haugum, J.A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 2, 142-149.
- Norton, A.R., Abbott, M.J. (2016). The efficacy of imagery rescripting compared to cognitive restructuring for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 40,18-28.
- Oktedalen, T., Hoffart, A., Langkaas, T.F. (2015). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting-A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 25,5, 518-532.
- Page, N., Veale, D., Salkovskis, P. (2010). *Imagery rescripting for obsessive-compulsive disorder*. Paper presented at the 38th annual conference of British Association of Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 21st-23rd July 2010, Manchester UK.
- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Olf, M., Kindt, M. (2015). Imagery rescripting as stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 170-176.
- Reimer, S.G., Moscovitch, D.A. (2015). The impact of imagery rescripting on memory appraisals and core beliefs in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 48-59.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., Huibers, M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97-105.
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 8, 487-492.
- Ritter, V., Stangier, U. (2016). Seeing in the mind's eye: Imagery rescripting for patients with body dysmorphic disorder. A single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 187-195.
- Roediger, E. (2012). Why are Mindfulness and Acceptance Central Elements for Therapeutic Change in Schema Therapy Too? In van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.) *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 1, 104-115.
- Taylor, C.D.J., Bee, P., Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy*, 90, 3, 456-479.
- Trincas, R., Bilotta, E., Mancini, F. (2016). Specific Beliefs about Emotions Are Associated with Different Emotion-Regulation Strategies. *Psychology*, 7,13, 18.
- Vreeswijk, M.J., Broersen, M., Nadort C. (2012). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy, theory, research, and practice*. Wiley-Blackwell, Oxford, UK.
- van Wijk-Herbrink, M.F., Bernstein, D.P., Broers, N.J. et al. (2018). Internalizing and Externalizing Behaviors Share a Common Predictor: The Effects of Early Maladaptive Schemas Are Mediated by Coping Responses and Schema Modes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 92.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Wiley, Chirchester.
- Wells, A. (2007). Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 18-25.
- Wells, A. (2008). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Guilford Press, New York.
- Weertman, A., Arntz, A. (2007). Effectiveness of Treatment of Childhood Memories in Cognitive Therapy for Personality Disorders: A controlled Study contrasting Methods Focusing on the Present and Methods Focusing on Childhood Memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2133-2143.
- Wheatley, J., Brewin, C.R., Patel, T., Hackmann, E.A., Wells, A., Fisher, P., Myers, S. (2007). "I'll believe it when I can see it": imagery rescripting of intrusive sensory memories in depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 371-385.

- Wild, J., Hackmann, A., Clark, D.M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 386-401.
- Wild, J., Hackmann, A., Clark, D.M. (2008). Rescripting Early Memories Linked to Negative Images in Social Phobia: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 39, 47-56.
- Willson, R., Veale, D., Freeston, M. (2016). Imagery rescripting for body dysmorphic disorder: A multiple-baseline single-case experimental design. *Behavior Therapy*, 47, 2, 248-261.
- Veale, D., Page, N., Woodward, E., Salkovskis, P. (2015). Imagery rescripting for obsessive compulsive disorder: A single case experimental design in 12 cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 230 -236.
- Yakin, D., Grasman, R., Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial, *Behaviour Research and Therapy*, 126,103553.
- Yakin, D., Gençöz, T., Steenbergen, L., Arntz, A. (2019). An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. *Journal of clinical psychology*, 75, 6, 1098–1113.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Professional Resource Exchange Inc., Sarasota, FL.
- Young, J.E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M.F., et al. (2007). *The Schema mode inventory (SMI)*. Schema Therapy Institute, New York.