L'APPLICAZIONE DELLA SCHEMA THERAPY IN TERZA ETÀ*

Brunetto De Sanctis e Barbara Basile

Introduzione

Le definizioni di "invecchiamento" o di "anziano" non sono univoche e variano a seconda delle diverse prospettive e finalità. In generale per "invecchiamento" si intende un insieme complesso di mutamenti che aumentano il rischio di malattia e di morte (Harman, 2003). Una recente definizione lo considera come una trasformazione che coinvolge l'organismo in ogni tempo, riferendosi non solo a cambiamenti associati alla perdita (invecchiamento), ma anche all'acquisizione di funzioni (crescita e sviluppo). D'altra parte, per la definizione di "anziano" in ambito geriatrico tradizionalmente ci si riferisce ad un criterio cronologico di età superiore a 60 anni, mentre per le istituzioni pubbliche la soglia dei 65 anni indica l'accesso ad eventuali esenzioni sanitarie. In ambito scientifico, i ricercatori individuano diversi sottogruppi nella categoria anziani, "il giovane vecchio" (età 65-75), "i veri vecchi" (età 75-85) e " i vecchi più vecchi" (età dagli 85, APA 1998).

Nell'ambito dei disturbi della personalità (DP) tra gli anziani di età superiore ai 65 anni il tasso di prevalenza è risultato essere dell'8% negli USA, inoltre i DP risultano essere fortemente associati a disabilità, disturbi somatici ed altri disturbi mentali (Schuster et al., 2013). Una questione molto dibattuta risulta essere quella sul concetto di DP con scompenso tardivo. Tra i clinici risulta esserci un certo consenso sull'esistenza di questa patologia (Schuster et al., 2013) che descriverebbe il caso in cui un soggetto con limitazioni nelle capacità di coping e con un DP sub-clinico (fino allora compensato dall'ambiente), a causa dell'invecchiamento e dei fattori associati (per esempio, perdita di forma fisica, pensionamento, perdita del coniuge o di amici), vada incontro ad una mancanza di rinforzi positivi e ad un fallimento nella capacità di adattamento per cui i tratti di personalità maladattativi e/o sub-clinici diventino manifesti (Van alphen et al., 2015). Alcuni esempi possono riguardare l'aumento dell'invidia e del senso di grandiosità personale tra narcisisti di successo come un risultato del pensionamento forzato o una maggiore rigidità e preoccupazione per il controllo mentale e interpersonale tra gli anziani con tratti ossessivo-compulsivi di personalità come risultato di una perdita di controllo dovuta al declino fisico o mentale. Oppure, ancora, un importante declino dell'umore e smarrimento in individui con tratti della personalità dipendenti, in seguito alla morte del coniuge.

La terapia cognitivo-comportamentale (TCC) si è rilevata molto efficacia nel trattare i disturbi d'ansia e depressione nella terza età (Gallagher-Thompson, Cassidy-Eagle, Bodin Dunn 2017; Chan et al., 2018). Una recensione della Cochrane ha rilevato che la TCC risulta essere efficace anche quando è utilizzata da sola senza la presenza di un trattamento farmacologico (Wilson, Mottram, Vassilas, 2008). Cuijpers, Straten, Smit (2006) hanno condotto una meta-analisi di 17 studi confrontando un trattamento psicologico basato sulla TCC con una condizione

DOI: 10.36131/COGNCL20200102
Sottomesso Aprile 2020, accettato Luglio 2020
* First published in *Cognitivismo clinico 20*(1), 21-30

© Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

di controllo e hanno trovato un moderato-grande *effect size* (d = 0,72) per gli anziani, che è molto simile a quello riportato per gli adulti in generale. L'attuale consenso in questo campo è che la TCC è una forma efficace di psicoterapia per gli anziani, in particolare quelli che preferiscono trattamenti non farmacologici, con risultati paragonabili a quelli degli adulti più giovani. Nel trattamento dei DP in terza età, il percorso risulta essere ai suoi inizi e dati molto interessanti provengono da una forma di psicoterapia di provata efficacia come la Schema Therapy (ST; Young, Klosko, & Weishaar, 2007), nata per il trattamento dei DP. Questa integra vari aspetto teorici e metodologici derivanti dalla TCC, dalla teoria delle relazioni oggettuali, dalla psicoterapia della Gestalt e dalla teoria dell'attaccamento. Secondo la ST gli elementi centrali nei DP sono gli schemi maladattivi precoci (SMP), per definizione stabili e duraturi, e i *mode* (modalità o parti), ovvero la manifestazione attiva in un determinato momento di uno schema sottostante. Nelle prime fasi di vita, in risposta ad un ambiente familiare negativo il bambino è sottoposto alla frustrazione dei propri bisogni emotivi fondamentali (attaccamento sicuro, senso di sicurezza e protezione, amore, cura e attenzione, lode, bisogno di autonomia, libertà di esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni, l'avere dei limiti realistici e spontaneità e gioco). La frustrazione di tali bisogni nel corso dello sviluppo (soprattutto nei primi anni di vita) può avere un ruolo fondamentale nello sviluppo di schemi disfunzionali. A seguito della creazione di schemi disfunzionali, si sviluppano delle strategie di coping, i "mode" che, assieme ad altri fattori (come il temperamento), contribuiscono al mantenimento degli schemi nel tempo. Young notò (Young, Klosko, & Weishaar, 2007) che nel caso di gravi disturbi di personalità, più schemi si attivavano simultaneamente o si alternavano molto velocemente. Questo complicava sia la concettualizzazione del caso che il lavoro con i diversi schemi. Si venne a creare allora il concetto di mode, definito dall'autore come "l'insieme degli schemi o delle manifestazioni degli schemi - adattivi e disadattivi - che si attivano in un individuo in un determinato momento" (Young, Klosko, & Weishaar, 2007). In altri termini, se gli schemi possono venire intesi come "i tratti" di sottofondo della persona, i mode ne rappresentano la manifestazione (cioè, lo stato) in un momento e contesto specifici. I mode sono classificati come mode del bambino (che può essere vulnerabile o arrabbiato o indisciplinato), del genitore (di tipo punitivo, critico o esigente), come coping mode (di sottomissione, evitamento o ipercompensazione/attacco) e come mode funzionali (definiti come dell'adulto sano o del bambino felice).

L'obiettivo della ST è ridurre l'impatto degli schemi e sostituire i coping negativi con modalità di risposta più sane, al fine di aiutare i pazienti a soddisfare i propri bisogni emotivi fondamentali (Young, Klosko, & Weishaar, 2007). Oltre alle tecniche provenienti dalla TCC, la ST utilizza tecniche esperienziali come *l'imagery with rescripting* (l'immaginazione con re-scrittura) e il lavoro con le sedie e pone particolare enfasi sulla relazione terapeutica. L'utilizzo della ST nell'età geriatrica risulta essere appena agli inizi.

Rispetto a queste premesse, l'obbiettivo di questo lavoro è analizzare gli studi presenti in letteratura così da estrapolare diversi tipi di informazioni. Nella prima sezione dell'articolo inquadreremo dal punto di vista teorico l'applicazione della ST in età geriatrica, quindi forniremo degli spunti clinici utili per applicare il modello a questa tipologia di pazienti ed, in una ultima parte, riporteremo i risultati dei pochi studi che hanno indagato l'efficacia della ST in questa popolazione di pazienti.

Materiali e metodi

È stata condotta un'analisi della letteratura sui principali motori di ricerca tra cui *Pubmed* e *Sciencedirect* utilizzando le seguenti parole chiave: "*schema therapy, old, elderly*". Su *Pubmed*,

sono emersi 20 articoli di cui solo uno che trattava di schema therapy e terza età (Videler Rossi, Schoevaars, van der Feltz-Cornelis, and van Alphen, 2014). Su *Sciencedirect*, sono emersi un totale di 6 lavori che trattavano temi generali sulla terapia cognitiva e terza età ma non specificatamente di schema therapy e terza età. Analizzando altre banche dati come *Researchgate* sono emersi 10 scritti di interesse specifico (**tabella 1**).

Tabella 1. *Studi selezionati per la revisione*

Autore	Anno	Tipologia di studio	Risultati e Focus
James	2003	Teorico	Definizione di schemi e implicazione terapeutiche
James	2008	Teorico	Definizione di schemi e implicazione terapeutiche
Videler et al.	2012	Teorico	Focus su: le credenze di coorte e il contesto socio-culturale; le credenze e conseguenze dei disturbi organici; i legami intergenerazionali; la revisione della vita
Videler et al.	2014	Sperimentale verifica efficacia	Efficacia di una psicoterapia basata sugli Schemi
Videler et al.	2017a	Caso singolo	Modifiche nell'uso della ST
Videler et al.	2017b	Sperimentale verifica efficacia	Efficacia di una psicoterapia basata sulla ST
Legra et al.	2017	Teorico	Focus su la variabilità degli schemi in terza età
Videler	2018	Teorico	Considerazioni generali sulla ST in terza età
Khasho et al.	2019	Sperimentale verifica efficacia	Verifica efficacia della ST su disturbo borderline in terza età

La Schema Therapy in terza età: studi teorici

In uno dei primi contributi teorici in cui si è parlato di schemi nelle persone di terza età, James (2003) ha ridefinito gli schemi in termini di reti di informazioni e ricordi, piuttosto che credenze autoreferenziali (ad esempio, *sono inutile, sono inadeguato*). Questo cambiamento ha permesso di inquadrare gli schemi come delle strutture più elaborate e complesse composte da molti elementi, tra cui aspetti comportamentali, caratteristiche emotive e attivazioni viscerali. Quando gli schemi vengono attivati essi vengono elaborati da un sistema composto da memoria di lavoro e da un network di più schemi, definito "sistema basato sulla conoscenza". A seguito di questa formulazione, James (2008) pone in evidenza due implicazioni cliniche: la prima riguarda il processo di assessment del paziente anziano, mentre la seconda parte sottolinea l'utilità di considerare come principali le tecniche comportamentali. Rispetto al primo punto, l'autore sottolinea come la valutazione degli schemi debba essere un processo legato al tempo presente, in quanto l'attivazione di specifici schemi può variare durante le diverse fasi di vita. Ad esempio, uno schema, come quello di inadeguatezza/vergogna, che si è sviluppato in età evolutiva può rafforzarsi ulteriormente in adolescenza, ma potrebbe divenire silente in terza età, dove il senso di indegnità può ridursi a seguito di una valutazione più positiva del proprio senso di identità. Altri autori inoltre (Legra, Verhey, van Alphen, 2017) suggeriscono che nella

terza età gli schemi sono più suscettibili al cambiamento soprattutto a causa di fattori bio-psico-sociali contingenti. Infine, una maggiore implementazione di tecniche comportamentali (come role play, mindfulness e training di rilassamento) implica l'aumento di strategie di coping per fronteggiare l'attivazione sintomatologica.

La Schema Therapy in terza età: studi clinici

In questa sezione riporteremo, arricchendoli con esemplificazioni cliniche, i dati provenienti dai lavori che hanno applicato la ST a pazienti anziani. In un primo lavoro Videler (Videler, 2012; Van Alphen et al., 2012) mette in risalto gli aspetti che devono essere necessariamente considerati quando si usa la ST con questa tipologia di pazienti. Questi accorgimenti riguardano: 1) le credenze di coorte e il contesto socio-culturale del paziente, 2) le credenze e le conseguenze di eventuali disturbi organici, 3) i legami intergenerazionali e 4) la revisione della propria vita. Le credenze di coorte sono convinzioni condivise da persone nate in periodi di tempo simili e tendono ad avere un impatto significativo sullo sviluppo e l'andamento dell'alleanza terapeutica, specialmente quando si combinano con il nucleo disfunzionale. Tali credenze ad esempio si possono riferire al fatto che i genitori o le persone anziane non debbano mai essere criticati o messi in discussione, a prescindere dalla legittimità di una causa. Il contesto socio-culturale si riferisce all'atteggiamento che una persona ha rispetto al proprio invecchiamento, portando con sé degli stereotipi negativi rispetto all'invecchiare (per esempio, "gli anziani sono un peso e saranno abbandonati da tutti, compresi i propri figli"). Il secondo aspetto riguarda le credenze sui disturbi organici e le loro conseguenze nella vita della persona. Ad esempio, un uomo con una personalità narcisista che subisce una profonda limitazione nella sua capacità di deambulare a seguito di un disturbo organico, può sentirsi impotente e dipendente e vedere limitata la propria capacità di partecipare o contribuire all'associazione culturale di cui è presidente, con un impatto significativo sul proprio benessere psichico. Un terzo aspetto da considerare riguarda l'interazione tra le credenze di coorte disfunzionali e i legami intergenerazionali. Ad esempio, gli anziani considerano come qualcosa di importante la continuità della trasmissione dei valori alle generazioni più giovani, mentre per i giovani sono temi centrali l'indipendenza e l'autonomia. Ciò può causare disaccordo tra genitori anziani e figli, influenzando negativamente il *caregiving*. Infine, nel momento in cui si comincia a rivedere la propria vita, valutando alcuni aspetti del proprio passato in modo (estremamente) negativo, si possono attivare degli schemi negativi. Ad esempio, una persona che dopo il pensionamento prende coscienza di essersi dedicato unicamente al lavoro, avendo rinunciato a coltivare le amicizie e gli hobby, può risentire negativamente di questa consapevolezza.

Uno studio a caso singolo (Videler et al., 2017a) ha applicato la ST ad un paziente di 65 anni con un DP del cluster C. Il trattamento prevedeva un totale di 40 sedute a cadenza settimanale nel primo anno, seguite da 10 sedute di supporto nei successivi 6 mesi, con l'aggiunta di 17 sedute di supervisione da parte di un terapeuta esperto in ST. Le sedute sono state divise in tre fasi principali 1) concettualizzazione del caso (sedute 1 – 7), 2) fase centrale del trattamento (sedute 8 – 40), 3) fase finale di supporto (sedute 41 – 50). A seguito del trattamento l'autore ha rilevato un abbassamento significativo dei problemi presentati sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo.

Da questo studio esplorativo su caso singolo gli autori hanno estrapolato cinque aree su cui è utile intervenire per migliorare l'efficacia della ST nel trattamento di persone anziane. La prima riguarda la concettualizzazione del caso, solitamente basata sugli schemi e sui mode. Gli autori hanno notato che una formulazione semplice e aderente al quotidiano della vita del paziente

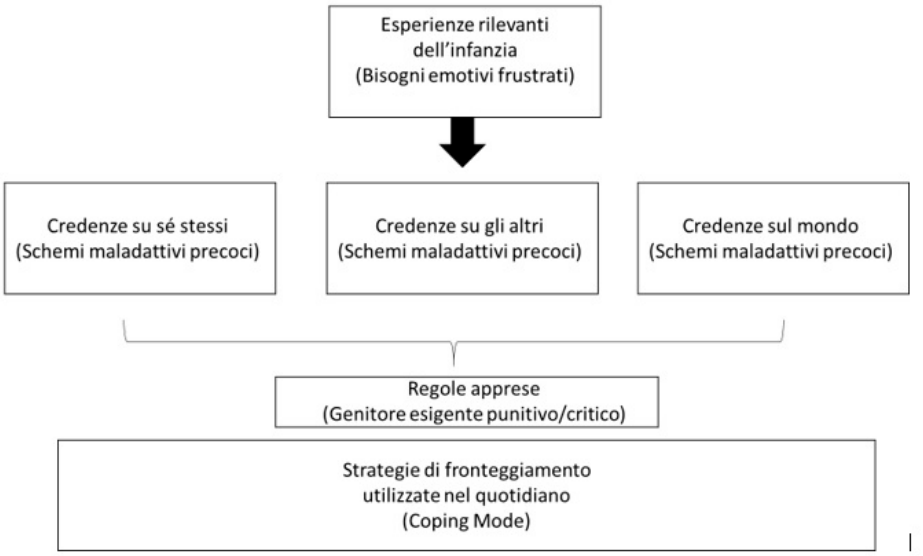
facilita la comprensione del suo funzionamento, migliorando sia la *compliance* terapeutica che l'efficacia delle tecniche utilizzate nel far fronte alle situazioni attivanti (vedi **figura 1**). Questa concettualizzazione si caratterizza per essere essenziale e diretta. Nelle "Esperienze rilevanti dell'infanzia" si inseriscono le esperienze di vita precoci che hanno caratterizzato la vita della persona, in cui sono stati frustrati i bisogni emotivi fondamentali. Un esempio tipico nella terza età è la frustrazione di vari bisogni emotivi (attaccamento, sicuro, senso di sicurezza e protezione, amore, cura e attenzione, lode, libertà di esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni, spontaneità e gioco) provenienti dalla negazione dell'infanzia. Immaginiamo un anziano di oggi, che può essere stato bambino in un periodo antecedente al "boom economico" degli anni sessanti, in cui tipicamente le famiglie erano numerose e la cultura che dominava l'educazione prevedeva per la maggior parte l'assenza di comunicazioni emotive e estrema rigidità. Inoltre, vi era una precoce adultizzazione per esigenze lavorative relative alla presenza di povertà.

La seconda parte della formulazione del caso prevede le "credenze sul sé, gli altri e il mondo" in cui vanno ad identificarsi gli schemi maladattativi precoci. Riprendendo il contesto di prima, possiamo immaginare la formazione di schemi quali: deprivazione motiva, inadeguatezza/vergogna, pretese/grandiosità, autosacrificio, ecc…)

A seguire ci sono le "regole apprese" che rappresentano i mode genitoriali, ad esempio regole quali: "devi essere perfetto", "non vai bene", "devi dominare", "sei sbagliato se non ti sacrifichi", ecc…

Infine, nelle strategie di fronteggiamento, si hanno i mode di coping come: sottomissione, evitamento, ipercompensazione/attacco. Ad esempio: Trattare sé stesso e gli altri in maniera dura e punitiva, occuparsi in maniera intensiva dei bisogni altrui, orientarsi completamente al raggiungimento del successo e al potere, distaccarsi da emozioni e sentimenti, etc.

Figura 1. *Adattamento della formulazione del caso per la terza età secondo la Schema Therapy (mutuato da Videler et al., 2017a)*



La seconda area riguarda il tipo di linguaggio utilizzato. Invece della classica terminologia della ST risulta più utile l'uso del linguaggio spontaneo del paziente, poiché questo ha un forte impatto rappresentazionale e include ricordi caratterizzati da sensazioni motorie e percettive (Zwaan & Radvansky, 1998). Di conseguenza sarà più facile far emergere le memorie associate, così da favorire l'elaborazione del materiale, sia sul piano verbale che immaginativo.

La terza area di modifica riguarda l'applicazione dell'*Imagery with Rescripting.* In questa tecnica il paziente viene aiutato a rivivere le situazioni che sono state cruciali per la formazione dei propri schemi maladattivi, aiutandolo ad accedere ad un registro emozionale caratterizzato da bisogni fondamentali per poi attribuire, tramite il *rescripting,* un significato diverso all'esperienza, modificando le credenze negative e le emozioni negative associate ad esso (Mancini e Mancini, 2018). Come pone in evidenza anche Arntz (2011), l'*Imagery with Rescripting*, può essere utilizzata sia per aiutare la persona nella gestione di pensieri o immagini intrusive (disturbo post traumatico da stress, disturbo ossessivo-compulsivo), ma anche nei DP, con l'obiettivo di modificare il significato profondo delle esperienze infantili che hanno fatto nascere gli schemi che sono alla base del DP. Con "schema" viene indicato un costrutto che rappresenta teoricamente la struttura della conoscenza assunta e che guida l'elaborazione delle informazioni, compreso il significato implicito ed esplicito che è dato dalle informazioni percettive.

Prima di applicare *l'Imagery with Rescripting* a pazienti anziani è fondamentale indagare le loro credenze di coorte, soprattutto quelle relative al senso la lealtà verso i genitori e le figure di autorità. Tali credenze tendono ad avere un impatto significativo sulla terapia, specialmente quando si combinano con le credenze disfunzionali (James, 2008). Nel *rescripting* infatti, il paziente si confronta con la persona oppressiva del proprio passato (genitore, fratello o sorella, insegnate, adulto generico), portando notevoli difficoltà ad intervenire in modo efficace, specialmente se la modalità dell'Adulto Sano è debole. Per contenere eventuali difficoltà che potrebbero insorgere in questa fase, è utile indagare tramite dialogo socratico, prima dell'esercizio, quale potrebbe essere una prospettiva sana sull'evento passato (o su altri simili). Contrariamente a quando non accade solitamente, in terza età è sconsigliato l'utilizzo dell'*imagery* diagnostico (o per assessment). per non incorrere nel rischio di attivare stati d'animo eccessivamente negativi a cui il paziente non riuscirebbe a far fronte.

La quarta area d'intervento riguarda il *chair mode-work,* ovvero il lavoro con i *mode* tramite le sedie. Lo scopo principale di questa tecnica di derivazione gestaltica è favorire il riconoscimento e la distinzione tra i *mode* del paziente (Kellogg, 2004). Nel caso della terza età è consigliabile semplificare il lavoro riducendo l'uso di due sedie per volta, una per la parte oggetto del lavoro (per esempio, le mode Genitore Critico/Punitivo o il coping mode del Protettore Distaccato o il mode del Bambino Vulnerabile) e una sedia per il mode dell'Adulto Sano.

L'ultima area di intervento copre il lavoro con l'Adulto Sano e il rafforzamento degli schemi positivi, favorendo lo sviluppo di maggiore saggezza (Knight & Pachana, 2015; Laidlaw & Thompson, 2014**).** Baltes e Staudinger (2000) hanno definito la saggezza come una conoscenza esperta della pragmatica fondamentale della vita umana e implica aiutare le persone anziane a contestualizzare i loro problemi attuali entro una prospettiva di vita, sulla base di come hanno affrontato e risolto i propri problemi in precedenza. Un altro modo in cui l'efficacia della ST potrebbe essere migliorata è attraverso il lavoro su gli schemi positivi. L'intervento sugli schemi positivi, definiti come "credenze positive sul valore personale", riguarda l'individuazione di tali credenze nel periodo di età più giovane, dove erano più facilmente attive (James 2008). Gli schemi positivi vengono quindi attivati e ri-attualizzati sia sul piano cognitivo, che su quello esperienziale (*imagery* positivo dell'Adulto Sano e *chair work).*

Videler (2014) ha usato la terapia di gruppo della durata di 20 sedute a 42 pazienti con età minima di 60 anni. Nel protocollo si è posta particolare enfasi sulle tecniche cognitive e comportamentali della ST. In una prima fase della terapia ai pazienti venivano spiegati i concetti principali della ST, in particolare rispetto agli SMP ed ai mode di coping. Nella seconda ed ultima fase il lavoro era concentrato sulla gestione delle situazioni attivanti gli schemi, soprattutto tramite role playing. Tutte le sedute erano video-registrate e se i pazienti erano assenti erano incoraggiati alla visione della seduta mancata. I risultati ottenuti da Videler e collaboratori hanno mostrato un miglioramento significativo. Questi autori hanno evidenziato alcuni accorgimenti da tenere nella terapia con pazienti anziani, dato che probabilmente hanno bisogno di più tempo per familiarizzare al meglio con la ST e soprattutto per imparare il linguaggio specifico, il riconoscimento degli attivatori degli schemi e dei mode, sarebbe utile avere almeno 5 sedute individuali in aggiunta prima di iniziare l'intervento di gruppo oggetto dello studio.

Studi di efficacia della ST nella Terza Età

Solo due studi ad oggi hanno misurato l'efficacia della ST in pazienti anziani. Un primo lavoro (Videler et al., 2017b) ha coinvolto 8 pazienti. Gli autori per le analisi hanno diviso la fase della terapia in due sotto fasi la fase cognitivo-comportamentale e la fase esperienziale, in cui si applicavano *l'imagery with rescripting* e il lavoro con le sedie. I risultati hanno mostrato un trend positivo solo durante la fase del trattamento. Inoltre non si è ritrovata nessuna differenza tra la fase relativa all'applicazione delle tecniche cognitive-comportamentali e la fase esperienziale. Gli autori concludono che questo studio pone delle basi molto ottimistiche per la valutazione dell'efficacia della ST in terza età.

Il secondo studio (Khasho et al., 2019) ha valutato l'efficacia della ST su pazienti con più di 60 anni con diagnosi di disturbo borderline di personalità. Per questo studio è stato utilizzato uno studio con una base-line multipla in cui i soggetti fungevano da loro stessi controlli durante tutto il periodo di terapia (1 anno) e il periodo di follow-up di 6 mesi. Dato che le manifestazioni del disturbo borderline variano molto in terza età è stata utilizzata la diagnosi dimensionale del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013). Questo studio, ancora in corso, è il primo studio empirico sull'efficacia del trattamento psicoterapico per disturbo borderline negli anziani.

Nel 2018, Videler ha pubblicato un altro articolo in cui sottolinea come la ST sia nata e si sia sviluppata per pazienti in età adulta e quindi se sia applicabile a paziente in terza età. Sebbene i primi dati di efficacia siano positivi occorrono delle modifiche puntuali e costanti alla struttura della ST. Inoltre tutti questi dati sono stati elaborati su popolazioni di giovani-vecchi e non su vecchi-vecchi, ambito ancora molto sconosciuto per l'applicazione della ST.

Discussione e conclusioni

In questa revisione della letteratura abbiamo messo in risalto lo stato dell'arte della ST, ancora agli inizi, rispetto al trattamento dei pazienti di terza età. Vari studi sono stati analizzati, offrendo spiegazioni teoriche e spunti clinici. Dall'analisi dei lavori teorici è emersa l'importanza di spiegare il funzionamento del paziente anziano ri-adattando la concettualizzazione del caso usata comunemente, utilizzando un linguaggio semplice e comune. Inoltre, sono stati messi in risalto degli spunti pratici rispetto all'uso delle tecniche di immaginazione, a vantaggio dell'i*magery with rescripting* e scoraggiando quello diagnostico, e della tecnica delle sedie, che vanno usate solo due per volta. Infine, il rafforzamento della saggezza, e in parallelo il potenziamento

dell'adulto sano e degli schemi positivi, sono interventi fondamentali nelle ultime fasi di terapia. Altri studi, anche se pochissimi ancora, si sono concentrati sul verificare l'efficacia della ST nella popolazione anziana. I risultati emersi sono promettenti, sebbene emergano degli accorgimenti importanti da tenere in considerazione, come la difficoltà iniziale nell'identificare correttamente le diagnosi che tendono a manifestarsi con una sintomatologia differente nella popolazione anziana.

In particolare grazie al contributo significativo dell'olandese Videler negli ultimi anni c'è stato un cambiamento di pensiero rispetto alla possibilità di effettuare una psicoterapia negli anziani con DP. Il nichilismo terapeutico è stato sostituito da una visione più ottimistica e promettente secondo cui la psicoterapia può fare la differenza per le persone anziane che soffrono di disturbi psichiatrici e che grazie ad essa è possibile migliorare la loro qualità di vita e dare maggiore senso alla vita. La psicoterapia negli adulti è stata ampiamente studiata in questi ultimi tempi, ma c'è ancora un mondo da scoprire nella diagnosi e nella psicoterapia degli anziani. Il futuro che si delinea in questo "nuovo mondo" sembra dividersi in due strade, la prima è quella di aumentare gli studi sui criteri diagnostici, che inevitabilmente risultano essere modificati rispetto all'adulto, secondo punto è aumentare gli studi di efficacia della ST focalizzandosi sulle modifiche da fare sia nella struttura della psicoterapia che nelle tecniche utilizzate.

Riassunto

Parole chiave: schema therapy, terza età, disturbi di personalità, tecniche esperienziali, imagery with rescripting, tecnica delle sedie

La Schema Therapy (ST) è un trattamento per i disturbi di personalità basato sull'evidenza, tuttavia il suo utilizzo in età geriatrica è ancora poco sviluppato. Nella ST, oltre alle tecniche provenienti dalla terapia cognitivo-comportamentale, hanno un ruolo centrale le tecniche esperienziali come l'imagery with rescripting e il lavoro con le sedie. L'obiettivo di questo lavoro è esaminare gli studi che hanno indagato l'applicazione della ST a pazienti in età geriatrica, delineando, a partire da questi, possibili accorgimenti e ri-adattamenti che facilitano l'uso di questo approccio ai pazienti di terza età.

THE INTEGRATION OF THE EMDR IN THE MANCINI MODEL OF TREATMENT OF THE DOC

Abstract

Key words: schema therapy, elderly, imagery with rescripting,, personality disorder, experiential techniques, chair work

Schema Therapy (ST) is an evidence-based treatment for personality disorders, though its feasibility to elderly remains still under-investigated. Within the ST context, cognitive-behavioral techniques come up beside experiential techniques such as imagery with rescripting and chair work. The aim of this article was to review previous literature investigating ST in elderly, and, starting from these findings, to delineate how this model could be applied in the treatment. of elderly.

Bibliografia

American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth

Edition, DSM-5. Arlington, VA.
American Psychological Association, Working Group on the Older Adult (1998). What practitioners should know about working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*(5), 413–427.
Arntz, A. (2011). Imagery Rescripting for Personality Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 466-481.
Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to Orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136.
Chan, P., Bhar, S., Davison, T. E., Doyle, C., Knight, B. G., Koder, D., Laidlaw, K., Pachana, N. A., Wells, Y., Wuthrich, V. M.. (2018). Characteristics of Cognitive Behavioral Therapy for Older Adults Living in Residential Care: Protocol for a Systematic Review. *JMIR Res Protoc*ol, 7(7), e164.
Cuijpers, K., van Straten, A., Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1139-1149.
Gallagher-Thompson, D., Cassidy-Eagle, E .L., Bodin Dunn, L. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Treatment of Late-Life Depression. *Today's Geriatric Medicine*, 10, 22-32.
Harman, D. (2003). The free radical theory of aging. *Antioxid Redox Signal*, 5, 557-61.
James, I.A. (2003). Working with Older People: Implications for Schema Theory. *Clinical Psychology and Psychother*apy, 10, 133–143.
James, I. A. (2008). Schemas and schema- focused approaches with older people. In K. Laidlaw & B. Knight (Eds.), *Handbook of emotional disorders in later life* (pp. 117-140). Oxford: Oxford University Press.
Kellogg, S. (2004). Dialogical encounters: Contemporary perspectives on "chairwork" in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 41, 310-320.
Khasho, D.A., van Alphen, S.P.J., Heijnen-Kohl, S.M.J., Ouwens, M.A., Arntz, A., Videler, A.C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemp Clinical Trials Communication,* 24; 4-10.
Knight, B. G., & Pachana, N. A. (2015). *Psychological assessment and therapy in older adults*. Oxford: Oxford University Press.
Laidlaw, K., & Thompson, L. W. (2014). Cognitive-behaviour therapy with older people. In N. A. Pachana & K. Laidlaw (Eds.), *The Oxford handbook clinical geropsychology* (pp. 603-621). Oxford: Oxford University Press.
Legra, M.J.H., Verhey, F.R.J., van Alphen, S.P.J. (2017). A first step toward integrating schema theory in geriatric psychiatry: a Delphi study. *International Psychogeriatry*, 29(7), 1069-1076.
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, 581-590.
Schuster, J.P., Hoertel, N., Le Strat, Y., Manetti, A., & Limosin, F. (2013). Personality disorders in older adults: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 757–768.
Van Alphen, S.P.J., Bolwerk, N., Videler, A.C., Tummers, J.H.A., Van Royen, R. J.J., Barendse, H.P.J., Rosowsky, E. (2012). Age-related aspects and clinical implications of diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Clinical Gerontologist*, 25, 27–41.
Van Alphen, S.P.J., van Dijk, S.D.M., Videler, A.C., Rossi, G., Dierckx, E., Bouckaert, F., & Oude Voshaar R.C (2015). Personality disorders in older adults: Emerging research issues. *Current Psychiatry Reports*, 17, 538.
Videler, A.C. (2018). Schema Therapy With Older Adults. Clinical Psychology: Disorders and Therapies, *Personality Online Publication*.
Videler, A. C., Rossi, G., Schoevaars, M., van der Feltz-Cornelis, C. M., and van Alphen, S. P. J. (2014). Effects of schema group therapy in older outpatients: a proof of concept study. *International Psychogeriatry*, 26, 1709–1717.
Videler, A. C., Van Royen, R. J. J. and Van Alphen, S. P. J. (2012). Schema therapy for older adults: Call for

evidence. *International Psychogeriatry*, 24, 1186–1187.
Videler, A. C., van Royen, R., Heijnen-Kohl, S., Rossi, G., Vanalphen, B., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2017a). Adapting Schema Therapy for Personality Disorders in Older Adults. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(1), 62-78.
Videler, A.C., van Alphen, S.P.J., Rossi, G., van der Feltz-Cornelis, C.M., van Royen, R.J.J., & A. Arntz. (2017b). Schema therapy in older adults: A multiple baseline case series. *Aging & Mental Health*, 22(6), 738-747.
Wilson K.C., Mottram P.G., Vassilas C.A. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*
Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2007). *Schema Therapy: La terapia cognitivo comportamentale integrata per i disturbi di personalità.* Eclipsi, Firenze.
Zwaan, R. A. & Radvansky, G. A. (1998). Situation models in language comprehension and memory. *Psychological Bulletin*, 132, 162-185.

Brunetto De Sanctis e Barbara Basile
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva S.r.l. – Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Corrispondenza
Brunetto De Sanctis, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Viale Castro Pretorio 116, 00185, Roma, Italia
E-mail: brunetto.desanctis@gmail.com
Tel.: 0644704193