

Gitta Jacob

Arnoud Arntz

TERAPIA SCHEMELOR

GHID PRACTIC

Traducere din germană de
Ioana Brigle

3
TREI

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactare:
VICTOR POPESCU

Design copertă:
FABER STUDIO

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
MIHAELA GAVRILIOIU

Corectură:
IRINA MUȘĂTOIU
ANDREEA-LAVINIA DĂDĂRLAT

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Terapia schemelor: ghid practic / Gitta Jacob, Arnoud Arntz;
trad. din germană de Ioana Brigle. – București: Editura Trei, 2020
Conține bibliografie

ISBN 978-606-40-0745-2

I. Arntz, Arnoud
II. Brigle, Ioana (trad.)

159.9

Titlul original: Schematherapie in der Praxis. 2nd edition

Autori: Gitta Jacob și Arnoud Arntz

Copyright © 2011, 2015 Programm Psychologie Verlags Union
in the publishing group Beltz, Weinheim Basel

Copyright © Editura Trei, 2020
pentru prezenta ediție

O.P. 16, Ghișeu 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90; Fax: +4 0372 25 20 20
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN: 978-606-40-0745-2

Cuprins

9	Cuvânt-înainte la a doua ediție în limba germană
13	I. Conceptualizarea de caz
14	1. Fundamentele
17	1.1. Schemele dezadaptative
21	1.1.1. Schemele domeniului Separare și Respingere
28	1.1.2. Schemele pentru domeniul Autonomie și Performanță Deficitare
34	1.1.3. Schemele domeniului Limite Deficitare
37	1.1.4. Schemele domeniului Dependență de Alții
41	1.1.5. Schemele domeniului Hipervigilență și Inhibiție
46	1.2. Centrarea pe nevoi
50	1.3. Stilul de coping asociat schemelor
51	1.3.1. Subjugarea
52	1.3.2. Evitarea
54	1.3.3. Supracompensarea
56	1.4. Conceptul de „mod” în terapia schemelor
63	Întrebări frecvente
66	2. Conceptul de „mod”
66	2.1. Modurile de schemă — privire de ansamblu
67	2.1.1. Modurile Copilului
73	2.1.2. Modurile Părintelui
76	2.1.3. Modurile de coping

6	82	2.2. Conceptualizarea de caz cu ajutorul strategiei terapeutice centrate pe moduri
	84	2.2.1. Problemele și simptomele principale ale pacientului
	86	2.2.2. Informațiile biografice
	89	2.2.3. Tiparele de relaționare ale pacientului
	92	2.2.4. Excurs: diferențierea între diversele moduri în care apare furia
	93	2.3. Moduri particulare pentru anumite afecțiuni
	95	2.3.1. Tulburarea de personalitate borderline
	98	2.3.2. Tulburarea de personalitate narcisică
	100	2.3.3. Tulburarea de personalitate histrionică
	102	2.3.4. Tulburarea de personalitate evitantă
	103	2.3.5. Tulburarea de personalitate dependentă
	106	2.3.6. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă
	108	2.3.7. Tulburarea de personalitate paranoidă
	110	2.3.8. Pacienții delincvenți
	112	2.3.9. Tulburările cronice de pe Axa I
	119	2.3.10. Excurs: problemele sexuale în strategia terapeutică centrată pe moduri
	123	Întrebări frecvente
	133	3. Explicarea conceptului de „mod” în discuția cu pacientul
	141	3.1. De la strategia terapeutică centrată pe moduri la planul de intervenție terapeutică
	142	Întrebări frecvente
	145	II. Tratamentul
	146	4. Privire de ansamblu asupra tratamentului
	148	4.1. Tehnici de intervenție la nivel cognitiv
	151	4.2. Tehnici de intervenție la nivel emoțional
	154	4.3. Tehnici de intervenție la nivel comportamental
	155	4.4. Relația terapeutică
	161	Întrebări frecvente

163	5. Gestionarea modurilor de coping
163	5.1. Relația terapeutică
166	5.2. Tehnici de intervenție la nivel cognitiv
173	5.3. Tehnici de intervenție la nivel emoțional
184	5.4. Tehnici de intervenție la nivel comportamental
190	Întrebări frecvente
195	6. Abordarea modurilor Copilului Vulnerabil
198	6.1. Relația terapeutică
205	6.1.1. Delimitarea reparentajului suportiv de întreținerea unui tipar dependent disfuncțional al pacientului
211	6.1.2. Limite în relația terapeutică
215	6.2. Tehnici de intervenție la nivel cognitiv
223	6.3. Tehnici de intervenție la nivel emoțional
225	6.3.1. Rescrierea și reprocesarea, prin imagerie, a experiențelor trecute
249	6.3.2. Consolarea modurilor Copilului, folosind alte tehnici centrate pe emoții
251	6.4. Tehnici de intervenție la nivel comportamental
253	Întrebări frecvente
275	7. Abordarea modului Copilului Furios și pe cel al Copilului Impulsiv
278	7.1. Relația terapeutică
278	7.1.1. Relația terapeutică în cazul modurilor Copilului Furios/Supărat
284	7.1.2. Relația terapeutică în cazul modurilor Copilului Indisciplinat/Impulsiv
289	7.1.3. Excurs: Încăpățănarea
291	7.1.4. Relația terapeutică în cazul neexprimării furiei
296	7.2. Tehnici de intervenție la nivel cognitiv
297	7.2.1. Tehnici de intervenție la nivel cognitiv în cazul modurilor Copilului Furios/Supărat
299	7.2.2. Tehnici de intervenție la nivel cognitiv în cazul modurilor Copilului Impulsiv/Indisciplinat
302	7.3. Tehnici de intervenție la nivel emoțional
306	7.4. Tehnici de intervenție la nivel comportamental
307	Întrebări frecvente

- 310 8.1. Relația terapeutică
- 314 8.2. Tehnici de intervenție la nivel cognitiv
- 319 8.3. Tehnici de intervenție la nivel emoțional
- 319 8.3.1. Tehnica dialogului cu ajutorul scaunelor
- 344 8.4. Tehnici de intervenție la nivel comportamental
- 345 Întrebări frecvente

- 351 9. Consolidarea modului Adultului Sănătos
- 352 9.1. Relația terapeutică
- 358 9.2. Tehnici de intervenție la nivel cognitiv
- 360 9.3. Tehnici de intervenție la nivel emoțional
- 361 9.4. Tehnici de intervenție la nivel comportamental
- 362 9.5. Încheierea terapiei
- 363 Întrebări frecvente

- 365 **Bibliografie**

Cuvânt-înainte la a doua ediție în limba germană

În ultimii 5–10 ani, terapia centrată pe scheme a cunoscut în Germania o intensă dezvoltare ca metodă terapeutică. Această metodă integrativă, care combină cunoștințe și tehnici din diverse școli terapeutice cu modelul cognitiv, a găsit o largă acceptanță printre terapeuți. Unul dintre cele mai importante avantaje ale terapiei centrate pe scheme, în comparație cu teoria cognitiv-comportamentală tradițională, constă în faptul că ea poate fi utilizată în tratamentul celor mai diverse probleme psihologice, inclusiv a problemelor relaționale recurente, și că utilizează tehnici eficiente pentru procesarea amintirilor dureroase și a tiparelor provenite din copilărie. În plus, mai multe studii au dovedit faptul că terapia schemelor poate conduce la remisii stabile în cazul unor tulburări de personalitate. Nu doar că această abordare poate contribui la reducerea simptomelor, dar îi ajută pe pacienți să aibă o viață mai împlinită și mai satisfăcătoare.

Scopul acestei cărți este să arate cum poate fi transpusă în practică terapia schemelor, sprijinindu-ne pe abordarea centrată pe moduri. Principalele referințe (și cele mai multe studii de caz din această carte) vizează tulburările de personalitate. Tehnica

I Conceptualizarea de caz

1 Fundamentele

2 Conceptul de „mod”

3 Explicarea conceptului de „mod” în discuția cu pacientul

Fundamentele

Terapia centrată pe scheme (Young et al., 2015) s-a bucurat în ultimii ani de o tot mai mare atenție în calitate de continuatoare a abordării cognitiv-comportamentale. Dezvoltată de către Jeffrey Young în cadrul Centrului de Terapie Cognitivă condus de Aaron Beck în Philadelphia, terapia centrată pe scheme a fost gândită inițial pentru acei pacienți care nu reușeau să înregistreze un rezultat terapeutic solid cu ajutorul terapiei clasice cognitiv-comportamentale (TCC). Este vorba de pacienți cu tipare de relaționare dificile sau foarte instabile și care prezintă o varietate de simptome sau de probleme. Acești pacienți întrunesc adesea criteriile de diagnostic pentru o tulburare de personalitate sau pentru trăsături accentuate de personalitate. În comparație cu terapia cognitiv-comportamentală, terapia schemelor se concentrează în mod deosebit pe următoarele trei aspecte:

(1) *Trăirile emoționale* sunt aduse în prim-plan, alături de aspectele cognitive și comportamentale ale problemei pacientului. Terapia schemelor utilizează intervenții terapeutice centrate pe emoții, inspirându-se din terapia Gestalt și din psihodramă. Principalele tehnici folosite sunt: tehnica dialogului cu ajutorul scaunelor și exercițiile

de imagerie dirijată. Motivul acestei abordări îl constituie faptul că tiparele problematice ale pacienților cu tulburări de personalitate sunt de obicei întreținute de trăiri emoționale problematice. De exemplu, pacienții cu tulburare de personalitate borderline, care adesea trăiesc puternice sentimente de ură de sine, relatează că ei înțeleg din punct de vedere intelectual faptul că ura lor de sine este inadecvată, dar precizează că această înțelegere la nivel cognitiv nu-i ajută să-și schimbe acest sentiment de ură. Acest tip de probleme poate fi tratat foarte bine cu ajutorul tehnicilor centrate pe emoții.

- (2) *Aspectelor biografice* ale pacientului le este acordată o importanță sporită în terapie, în contrast cu importanța pe care o dețin în terapia cognitiv-comportamentală. Terapia schemelor integrează abordări și concepte provenite din terapiile de orientare psihodinamică. Informațiile biografice sunt folosite în principal pentru validarea problemelor actuale ale pacientului, care sunt privite din perspectiva istoricului său de viață. Scopul este să-l ajutăm pe pacient să-și înțeleagă tiparul curent ca fiind rezultatul condițiilor nefavorabile de dezvoltare din copilăria și adolescența sa. Dar, spre deosebire de psihanaliză, tratamentul nu se concentrează pe perlaborarea intensivă a biografiei.
- (3) *Relația terapeutică* joacă un rol foarte important în terapia centrată pe scheme. Pe de o parte, relația terapeutică este conceptualizată ca o formă de reparentaj limitat, în sensul că terapeutul adoptă față de pacient un stil relațional activ, prevăzător și joacă parțial rolul unui părinte. Terapeutul își adaptează stilul relațional în funcție de pacient, respectiv în funcție de problemele și de schemele sale. Pe de altă parte, în

cazul pacienților cu tulburări de personalitate, se pleacă de la premisa că relația terapeutică reprezintă acea relație în care pot și trebuie testate întâi tiparele de interacțiune socială, pe măsură ce ele se modifică. Din această perspectivă, relația terapeutică este în mod explicit locul în care pacientul își exersează capacitatea de a-și gestiona problemele.

Terapia schemelor reprezintă un procedeu pe de o parte complex, pe de altă parte foarte bine structurat, cu ajutorul căruia se pot conceptualiza și trata cele mai diverse constelații de probleme. Din acest punct de vedere, terapia schemelor nu a fost gândită inițial ca o abordare specifică unui anumit tip de afecțiune, ci ca o abordare de psihoterapie cu o acoperire foarte largă. Pe parcursul dezvoltării ei, din ea au derivat însă mai multe modele de tratament particularizate pentru tulburările de personalitate, modele ce vor fi prezentate mai târziu în această carte (capitolul 2.3). Întâi va fi explicat și exemplificat conceptul originar de „scheme dezadaptative (disfuncționale)”. Apoi va fi prezentat felul în care conceptul originar a evoluat către conceptul de „moduri de schemă” și vor fi descrise modurile de schemă și diagnosticarea lor, precum și intervențiile specifice. În principiu, majoritatea strategiilor și intervențiilor prezentate pot fi folosite în terapie atât cu ajutorul abordării centrate pe scheme, cât și cu ajutorul abordării centrate pe modurile de schemă. Să presupunem, de exemplu, că folosim tehnica de dialog cu ajutorul scaunelor pentru a ajuta un pacient să se confrunte cu standardele sale de performanță foarte ridicate și cu perfecționismul său. Dacă tehnica este utilizată în cadrul abordării centrate pe moduri, dialogul se va purta între modul „Părintelui Exigent” și modul „Adultului Sănătos”. Dacă tehnica se aplică în cadrul

abordării centrate pe scheme, același dialog se va purta între schema „Standardelor Nerealiste” și aspectele sănătoase din pacient.

1.1 Schemele dezadaptative

Într-un sens larg, schemele dezadaptative sunt definite în terapia centrată pe scheme ca fiind niște tipare pervazive și fundamentale pentru viața noastră. Ele sunt formate din cogniții, emoții, amintiri, percepții, precum și din modele comportamentale și de interacțiune. Se presupune că schemele se formează în copilărie și se pot accentua sau ameliora pe parcursul vieții, în funcție de mecanismele de coping utilizate de pacient și de modul său de interacțiune socială. Însă de cele mai multe ori, schemele rămân constante. Atunci când o schemă dezadaptativă este activată, se declanșează emoții puternice precum anxietate, tristețe sau sentimentul de abandon. Pornind de la observațiile lor clinice, Young et al. (2015) au stabilit 18 scheme distribuite în cinci categorii, așa-numitele „domenii ale schemelor”. Definirea schemelor se datorează deci observațiilor și reflecțiilor clinice și nu este derivată pe cale experimentală sau științifică.

Schemele pot apărea singure sau combinate. Majoritatea oamenilor au scheme dezadaptative, dacă nu chiar toți oamenii. O schemă se transformă într-o afecțiune psihică atunci când este atât de pregnantă, încât conduce la experiențe emoționale perturbatoare și la formarea de simptome, iar funcționarea socială a persoanei este profund afectată din cauza ei. Pacienții cu tulburări grave de personalitate au de obicei mai multe scheme, toate foarte accentuate. Prin contrast, persoanele care se prezintă

la terapie cu probleme de viață bine definite, care nu întrunesc criteriile pentru o tulburare de personalitate și care au un nivel înalt de funcționare socială au doar una sau două scheme predominante. Tabelul 1.1 oferă o privire de ansamblu asupra domeniilor schemelor și a schemelor definite de Young.

Tabel 1.1 Privire de ansamblu asupra schemelor dezadaptative clasificate în domeniile ale schemelor (Young et al., 2015)

Domenii ale schemelor	Scheme
Separare și Respingere	(1) Abandon/Instabilitate (2) Neîncredere/Abuz (3) Deprivare Emoțională (4) Deficiență/Rușine (5) Izolare Socială/Înstrăinare
Autonomie și Performanță Deficitare	(6) Dependență/Incompetență (7) Vulnerabilitate în fața Pericolelor și a Îmbolnăvirilor (8) Stare Nediferențiată/Sine Ndezvoltat (9) Eșec
Limite Deficitare	(10) Revendicarea de Drepturi Personale/Grandiozitate (11) Lipsă de Autocontrol și de Autodisciplină
Dependență de Alții	(12) Subjugare (13) Sacrificiu de Sine (14) Nevoia de Aprobare și de Recunoaștere
Hipervigilență și Inhibiție	(15) Negativism/Pesimism (16) Inhibiție Emoțională (17) Standarde Nerealiste/Atitudine Critică Exagerată (18) Pedepsire

Studiu de caz

Heike D. este o asistentă medicală în vârstă de circa 40 de ani. După o spitalizare de lungă durată cu diagnosticul de depresie cronică, este primită în tratament în clinica de zi. Doamna D. relatează că a avut mari probleme la locul de muncă, unde a fost foarte hărțuită. Din acest motiv, a suferit o „cădere” depresivă. Lucrul cel mai evident în cazul doamnei D. este faptul că se poartă de parcă ar fi invizibilă. După două săptămâni, unii dintre membrii echipei încă nu-i cunosc cu exactitate numele, abia se face remarcată și este extrem de retrasă. În terapiile de grup este foarte tăcută. Când i se cere în mod explicit să-și aducă contribuția, nu face decât să confirme spusele celorlalți participanți și în general lasă impresia unei persoane foarte supuse, docile și obediente. Evită situațiile mai provocatoare, ca de exemplu întâlnirile cu asistenții sociali pentru a discuta despre situația ei profesională actuală, care este una dificilă. În situațiile în care evitarea nu mai este posibilă, pentru că asistentul social insistă, de exemplu, să completeze un formular cu scopul prevenirii consecințelor negative, în mod surprinzător și neașteptat, doamna D. reacționează într-o manieră arogantă. Rezultatele obținute în urma psihoterapiei depresiei nu sunt încurajatoare, întrucât doamna D. pare să evite să-și asume un rol mai activ în modificarea comportamentului ei. Lipsa de progres terapeutic nu poate fi pusă pe seama unui nivel deficitar de inteligență sau de înțelegere din partea ei.

Chestionarul Schemelor indică în cazul doamnei D. un scor extrem de ridicat pentru schema Subjugării. Ea se orientează în permanență după opiniile celorlalți. Afirmă că se simte lipsită de putere, neajutorată și dominată de ceilalți, însă recunoaște că nu are nicio idee despre cum ar putea acționa într-un mod mai

autonom și mai clar orientat către propriile interese. Pornind de la sentimentul actual de neputință, sunt aplicate exerciții de imaginerie dirijată cu rol de diagnosticare. Doamna D. povestește scene din copilărie din care reiese că a crescut în condiții deosebit de stresante. Mama pacientei pare să fi fost la rândul ei extrem de supusă și lipsită de încredere de sine. Suferea periodic de episoade de depresie. Tatăl era alcoolic, devenea adesea agresiv verbal și era imprevizibil. Uneori recurgea și la violență fizică. Pentru că familia avea o afacere în domeniul gastronomiei, copiilor li se cerea să se comporte în permanență într-o manieră cât mai discretă și mai docilă cu putință.

În cadrul exercițiilor de imaginerie dirijată, doamna D. apare ca „micuța Heike” care stă pe jos în coridor, neputincioasă și supusă, și care nu îndrăznește să le vorbească părinților despre nevoile ei, pentru că își face griji în privința sănătății mamei și pentru că se teme de agresivitatea tatălui. Cu ajutorul tehnicii imaginerii dirijate, reușește pe parcursul terapiei să realizeze exerciții în care întâi terapeutul, iar apoi și pacienta joacă rolul de adult al doamnei D., adult care o consolează pe micuța Heike, are grijă de ea și de nevoile ei. Concomitent cu aceste intervenții, devine posibilă confruntarea plină de empatie a doamnei D. cu consecințele negative ale tiparului ei de comportament retras și exagerat de submisiv. Este încurajată să devină mai curajoasă și să acționeze mai mult în direcția urmăririi propriilor interese. În urma tratamentului, doamna D. devine într-adevăr mai prezentă și învață să-și articuleze mai bine nevoile. Pe de altă parte, după ce tiparul existent a fost scos la suprafață, ea relatează și despre alte aspecte problematice ale vieții sale, aspecte care, fără diagnosticul bazat pe scheme și fără intervențiile corespunzătoare, nu ar fi ieșit la lumină. Vorbește despre o relație sexuală cu un muncitor sezonier,

relație căreia i-ar fi pus capăt în urmă cu doi ani, deoarece partenerul ei o amenința cu violența fizică. Însă se întâmplă uneori ca fostul partener să lucreze pe șantier în apropierea locuinței ei și atunci o caută, invitând-o să se întâlnească cu el. Ea se conformează și se lasă atrasă din când în când în relații sexuale cu el, deși nu aceasta este nevoia ei. Pacienta reușește singură să facă legătura între acest comportament și schema ei puternică a Subjugării.

1.1.1 Schemele domeniului Separare și Respingere

În prim-planul acestui domeniu se află problemele legate de atașament. Schemele domeniului sunt asociate cu un sentiment al lipsei de siguranță și de încredere în relațiile interpersonale. Calitatea sentimentelor diferă în funcție de schemă. Astfel, schema Abandonului și a Instabilității implică sentimentul de a fi abandonat în mod repetat de către ceilalți. În cazul schemei Izolării Sociale, predomină sentimentul lipsei de apartenență, iar senzația prevalentă în schema Neîncrederii și Abuzului este cea de pericol provenit din partea persoanelor de atașament.

(1) Abandon/Instabilitate

Pacienții care au această schemă sunt ferm convinși, din punct de vedere emoțional, că relațiile importante pentru ei nu vor rezista în timp și, din acest motiv, se confruntă în permanență cu teama că vor fi părăsiți sau lăsați baltă de ceilalți. Sunt pacienți care au trăit puternice experiențe de abandon în copilărie. Familia a fost, de exemplu, părăsită de unul dintre părinți sau o figură de atașament a murit relativ devreme. Cei

afecțati de această schemă își caută frecvent parteneri pe care nu se pot baza și care, astfel, nu fac decât să le confirme schema în mod repetat. Dar chiar și atunci când se află în relații stabile, neamenințate de abandon, cele mai neînsemnate întâmplări le trezesc sentimente exagerate de pierdere și de părăsire.

Studiu de caz

Abandon/Instabilitate

Domnișoara U., o studentă la economie în vârstă de 25 de ani, se prezintă la psihoterapie din cauza unor atacuri de panică și a unor experiențe disociative. Ambele tipuri de simptome apar în mod special după ce pacienta petrece mai mult timp cu familia ei și „trebuie să se întoarcă” în orașul în care studiază. În timp ce relațiile cu familia sunt foarte strânse, celelalte relații sunt în schimb extrem de superficiale. Rar se simte apropiată de ceilalți oameni, iar relațiile de iubire de până acum au fost lipsite de angajamente. Spune că aproape nu-și poate imagina ce înseamnă să ai o relație intimă, strânsă, cu cineva, deși nici ea nu știe exact de ce o înspăimântă această perspectivă. Discutând despre acest subiect, pacienta devine foarte tristă și spune că-i vine greu să creadă că cineva ar putea fi împreună cu ea un timp mai îndelungat. Probabil că acest lucru are legătură cu istoricul ei de viață. Când pacienta avea doi ani, mama ei biologică s-a îmbolnăvit foarte grav și a murit. Tatăl s-a recăsătorit după doi ani, iar mama adoptivă a reușit să fie pentru ea o mamă în adevăratul sens al cuvântului. Relațiile cu frații ei vitregi au fost de asemenea bune. Însă, din cauza unei hemoragii cerebrale, și mama adoptivă a murit de timpuriu, când pacienta avea 16 ani.

(2) Neîncredere/Abuz

Oamenii cu această schemă se așteaptă să fie abuzați, rău tratați sau chiar umiliți de către cei din jur. Sunt în permanență cu ochii în patru, fiind convinși că ceilalți caută în mod deliberat să-i rănească sau să-i abuzeze. Dacă cineva se poartă prietenos cu ei, sunt convinși că respectivul urmărește doar să obțină ceva de la ei. Când vin în contact cu sentimentul adânc înrădăcinat legat de schema lor, trăiesc de obicei o puternică stare de anxietate și de pericol. În unele cazuri, acest sentiment poate fi atât de copleșitor, încât cei afectați se simt extrem de amenințați în aproape orice situație socială. Pacienții cu această schemă au trăit în copilărie multe experiențe de abuz. Nu întotdeauna este vorba despre un abuz sexual. Abuzul emoțional sau verbal poate să conducă de asemenea la formarea unei scheme severe de Neîncredere și Abuz. De multe ori, copiii au fost molestați de unul dintre membrii familiei. Însă și abuzul exercitat de semenii, de exemplu hărțuirea și ridiculizarea de către colegii de clasă pe o perioadă îndelungată de timp, poate cauza formarea unei puternice scheme de Neîncredere și Abuz.

Studiu de caz

Abuzul

Domnișoara L., o tânără asistentă în vârstă de 26 de ani, a fost grav abuzată fizic și sexual în adolescență de tatăl ei vitreg. Ca adult, ea manifestă o puternică neîncredere în bărbați și este