

LA SCHEMA THERAPY: UN CASO CLINICO

SCHEMA THERAPY: CLINICAL CASE

Stefano Terenzi^{1, 3, 5}, Alessandro Carmelita^{4, 5}, Rosario Capo^{1, 2, 3}

Riassunto: L'articolo introduce al modello teorico e metodologico noto come *Schema Therapy* (ST) (Young et al., 2003) ed esemplifica la concettualizzazione di un caso clinico di Disturbo di Personalità Dipendente secondo la concezione psicopatologica e la teoria della cura sostenute da tale modello.

La ST è una metodologia psicoterapeutica con una base teorica solida, che integra diversi orientamenti psicologici in un sistema sintonico e coerente. La ricerca scientifica ha confermato la sua validità ed efficacia per il trattamento dei Disturbi di Personalità e per i pazienti altamente resistenti al cambiamento.

Parole chiave: Schema Therapy; personalità, disturbo di personalità, psicoterapia

Summary: The article introduces the theoretical and methodological model known as the *Schema Therapy* (ST) (Young et al., 2003) and exemplifies the conceptualization of a clinical case of Dependent Personality Disorder according to the psychopathological conception and the theory of care sustained by that model.

ST is a psychotherapeutic methodology with a solid theoretical basis that integrates different psychological orientations into a tonal and coherent system. Scientific research has confirmed its validity and effectiveness for the treatment of Personality Disorders and for patients highly resistant to change. "emotional experience".

Keywords: Schema Therapy, personality, personality disorder, psychotherapy

¹ Accademia di Neuropsicologia dello Sviluppo (A.N.Svi)

² Coordinatore della Didattica, Supervisore e Didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale *Humanitas* di Roma

³ Docente Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale *Humanitas* di Roma

⁴ Direttore dell'Istituto di Scienze Cognitive (ISC); già Presidente *SIST-Società Italiana di Schema Therapy*

⁵ Società Italiana Schema Therapy (SIST)

Introduzione

La Schema Therapy (ST) (Young et al., 2003) è un approccio psicoterapico relativo alle variabili causali e di mantenimento della sofferenza psicopatologica connessa prevalentemente ai, cosiddetti, problemi caratteriologici, che prevede una specifica teoria della tecnica clinica, fondata sull'integrazione di assunzioni teoriche, acquisizioni empiriche, metodologie e procedure terapeutiche derivanti da differenti orientamenti psicologici e psicoterapici (Cacioppo, Berntson, Larsen, Poehlmann, & Ito, 2000; Cacioppo, Klein, Berntson, & Hatfield, 1993): la Teoria dell'Attaccamento (Ainsworth, 1969), l'Approccio Psicodinamico (Mayer, & Merckelbach, 1999; Wiser, & Goldfried, 1998; Terenzi et al., 2017b), la Terapia Cognitivo-Comportamentale (Beck, 1979; Mahoney, 1993), l'Analisi Transazionale (Berne, 1961) e la Psicoterapia della Gestalt (Field, & Horowitz, 1998; Horowitz, & Znoj, 1999).

La Schema Therapy, in primo luogo, assume l'esistenza di Bisogni Emotivi Primari, universali e comuni. Quando tali bisogni non risultano adeguatamente soddisfatti, a causa di interazioni problematiche tra temperamento individuale, eventi traumatici, fattori ambientali e/o contesti relazionali di accudimento inadeguati, si possono instaurare nel soggetto aspettative (schemi previsionali e valutativi) estremamente negative ed iper-generalizzate, alle quali il soggetto tende ad assimilare la maggior parte delle nuove esperienze personali e relazionali, con l'effetto patogeno di non discriminare più (iper-generalizzazione) la specificità delle situazioni e, dunque, perdendo flessibilità e, conseguentemente, funzionalità nella risposta emotiva e comportamentale (rigidità ed ipervalenza di specifici schemi rappresentazionali in un numero soverchio di situazioni e, conseguentemente, dei relativi comportamenti ed emozioni da essi suscitati).

Si parla in questo caso di Schemi Maladattivi Precoci (SMP) derivati da esperienze inappropriate di apprendimento che danno vita e organizzano rappresentazioni iper-generalizzate di sé e di sé con l'altro, composti da insiemi interconnessi di: (1) sensazioni corporee avversive, (2) emozioni intense, (3) pensieri negativi e (4) ricordi traumatici e/o fortemente emotigeni che generano strategie comportamentali disadattive.

Gli SMP, a loro volta, possono ingenerare 3 tipi di comportamenti non adattivi, denominati nella ST “Strategie Disfunzionali di *Coping*”: Resa, Evitamento e Iper-Compensazione. Tali strategie comportamentali hanno la funzione di gestire i timori e le aspettative negative veicolati dagli SMP ed evitare le intense emozioni sgradevoli connesse all’attivazione degli Schemi previsionali, ma, seppure “rassicurano” il soggetto nel brevissimo periodo (es.: evitamento di situazioni di possibile umiliazione), a medio e lungo termine non permettono invece una loro revisione e rimodulazione (verifica delle aspettative negative ipervalenti e catastrofiche che potrebbe ridimensionare l’iper-generalizzazione e la credibilità degli SMP), bensì concorrono al loro mantenimento, generando conseguenze (ad esempio negli altri) congrue con le aspettative negative veicolate dagli SMP e rendendo disponibili prevalentemente dati confirmatori. In buona sostanza, dunque, le Strategie di Coping disfunzionali sono in grado di stabilizzare circoli viziosi di mantenimento e riconferma delle previsioni negative veicolate dagli SMP o, quantomeno, risultano capaci di impedire l’incontro con esperienze potenzialmente in grado di disconfermare tali attese patogene.

Gli SMP e i loro relativi *Coping* Disfunzionali, con il passare del tempo, si cristallizzano in una struttura mentale complessa, denominata MODE, costituita da sensazioni fisiche, credenze e aspettative su sé stessi, gli altri e il mondo con conseguenti strategie comportamentali. La concettualizzazione psicologica dei Mode è stata sviluppata e adottata progressivamente sempre più nel modello terapeutico ST poiché consente una psicoterapia più efficace dei casi più complessi (Arntz, 2013).

I Bisogni Emotivi Primari

I Bisogni Emotivi Primari sono innati, universali e comuni a tutti gli esseri umani. Secondo J. Young (2007), tali bisogni sono presenti sin dalla prima infanzia e l'obiettivo principale dello sviluppo infantile è riuscire a soddisfarli (Rafaelli et al., 2013).

Secondo i teorizzatori della ST i bisogni emotivi primari sarebbero identificabili in:

- 1) Costruzione e mantenimento di legami stabili con gli altri significativi (bisogno di protezione, stabilità, cura, accettazione ed amore incondizionato);
- 2) Autonomia, senso di competenza (auto-efficacia) e di identità;
- 3) Libertà e diritto percepito di esperire e manifestare i propri bisogni ed emozioni (validazione ed espressione della propria soggettività);
- 4) Spontaneità e gioco (intimità, libertà, condivisione, apertura nelle relazioni significative);
- 5) Limiti realistici ed autocontrollo (in contrapposizione alla disregolazione degli impulsi ed alla presunzione di unicità, superiorità, possesso di poteri e diritti speciali) (Young et al, 2007).

La nozione di bisogno emotivo primario è stata avvalorata da numerose modellizzazioni teoriche (Glasser, 1969; Maslow, 1962; Baumeister e Leary, 1995; Deci & Ryan, 2000; Bowlby e Ainsworth, 1991; Winnicot, 1965) e da robuste osservazioni cliniche (Young et al, 2007). I Bisogni Emotivi deprivati, limitati e/o insoddisfatti, come già detto, possono generare Schemi Maladattivi Precoci (SMP).

Gli Schemi Maladattivi Precoci

Gli SMP (Tab. 1) sono previsioni negative circa la possibilità di realizzare e/o salvaguardare i propri bisogni psicologici di base. Gli SMP sono stati classificati da Young et al. (2007) in **5 domini**, corrispondenti ad altrettante tematiche generali (es.: Distacco e Rifiuto; Inibizione ed Iper-controllo; ecc.) connesse con specifiche esperienze di **inappropriata soddisfazione di uno o più dei 5 bisogni psicologici di base**, precedentemente descritti.

Rispetto a tali previsioni pessimistiche e, a causa dell’estrema generalizzazione (dovuta alla insufficiente capacità di discriminazione delle differenze e delle specificità delle varie situazioni vissute di volta in volta dall’individuo).

Tab.1

DOMINIO	SCHEMI MALADATTIVI PRECOCI				
DISTACCO E RIFIUTO	Abbandono/ Instabilità	Abuso/ Sfiducia	Deprivazione emotiva	Inadeguatezza / Vergogna	Esclusi -one Sociale

MANCANZA AUTONOMIA E ABILITA'	Dipendenza/ Incompetenza	Vulnerabilità ai pericoli e alle malattie	Invischiamento/ Sé poco Sviluppato	Fallimento	
MANCANZA DI REGOLE	Pretese/ Grandiosità	Autocontrollo e Autodisciplina Insufficienti			
ECESSIVA ATTENZIONE AI BISOGNI DEGLI ALTRI	Sottomissione	Autosacrificio	Ricerca di Approvazione e Riconoscimento		
INIBIZIONE E IPERCONTROLO	Negatività/ Pessimismo	Inibizione Emotiva	Standard Elevati/ Ipercriticismo	Punizione	

I Mode

I Mode sarebbero sia atteggiamenti e ruoli che il soggetto assumerebbe per amministrare i propri bisogni di base, nell'ambito di credenze e previsioni negative (Schemi Maladattivi Precoci) circa la loro probabile e sistematica frustrazione, sia strutture del Sé, tra loro relativamente indipendenti, che non di rado si contrappongono in modo dialettico.

Va messo in luce, ulteriormente, che mentre gli schemi rappresenterebbero all'interno di questa teoria i tratti stabili della persona, i mode costituirebbero invece la specifica dimensione di sé "attiva" in un determinato momento e che, dunque, assume temporaneamente il controllo dell'azione e della coscienza.

Il paziente, dunque, oscillerebbe secondo Young (2007) tra diversi stati mentali alternativi che vengono dall'autore raggruppati in quattro categorie:

- 1) Mode "Bambino": Bambino Vulnerabile, Bambino Arrabbiato, Bambino Impulsivo/Indisciplinato, Bambino Felice;
- 2) Mode di *Coping* Disfunzionale: Resa, Evitamento, Ipercompensazione;
- 3) Mode "Genitore Disfunzionale": Genitore Punitivo/Critico, Genitore Abusante, Genitore Richiedente;

- 4) Mode "Adulto Sano": che si occupa di proteggere ed accudire il Bambino Vulnerabile, porre dei limiti al Bambino Arrabbiato ed Indisciplinato, in accordo con i principi di equità e reciprocità e, inoltre, in base alle esigenze evolutive di autodisciplina.

L'Intervento

L'intervento centrale e peculiare della Schema Therapy consiste, nel ricorso sistematico alle **procedure immaginative ed esperienziali**, largamente desunte dalla Terapia della Gestalt di Fritz Perls (1997): la **Imagery With Rescripting** e la **tecnica delle due sedie**, ecc.

Nella **Imagery With Rescripting**, paziente e terapeuta, individuano esperienze interpersonali, infantili e/o adolescenziali, nelle quali il soggetto ha presumibilmente messo a fuoco o stabilizzato i propri schemi maladattivi precoci. L'individuo viene poi calato in tali memorie emotogene, facendogli immaginare, ad occhi chiusi, di riviverle nel momento attuale, con la presenza e l'assistenza del terapeuta. Il paziente ed il clinico, successivamente, interagiranno all'interno dell'immaginazione con le varie figure incluse nel ricordo rievocato, inscenando un'interazione nel qui ed ora, come se gli interlocutori fossero effettivamente presenti. Il paziente, in prima istanza, rievoca e narra (parlando in prima persona) la scena "dolorosa" dal punto di vista di sé stesso bambino o adolescente. Nella seconda fase, invece, il soggetto osserva e narra la scena dal punto di vista di sé stesso adulto che assiste agli eventi e può intervenire a difesa di sé stesso bambino (o adolescente), contrastando attivamente ed in maniera assertiva gli interlocutori disfunzionali. Se il paziente fa fatica ad affrontare le figure significative della propria storia evolutiva, assumendo una prospettiva critica nei loro confronti, a difesa dei bisogni e dei diritti del bambino, sarà il terapeuta ad inserirsi nella scena, interloquendo in modo deciso (così da risultare più credibile agli occhi del paziente) con i vari personaggi coinvolti nell'evento rievocato, anche al fine di fare da modello per il paziente. Nella terza fase, in ultimo, il paziente narra nuovamente l'esperienza rammentata, dal punto di vista di sé stesso bambino (o adolescente), inserendo però nella scena gli interventi protettivi di sé stesso adulto e/o del terapeuta. Tale procedura, così sfaccettata, ha la finalità di rendere il soggetto capace di: (a) prendere le distanze attivamente

(discutendo nel caso anche animatamente con i vari interlocutori), “in vivo” ed “a caldo” dalle esperienze patologiche, ingenerate nel soggetto dagli atteggiamenti dei vari individui presenti nella scena ricordata e rivissuta nel qui ed ora; (b) prendersi cura (sviluppare un’attitudine positiva e protettiva verso di sé → auto-validazione), nell’immaginazione, del proprio “bambino interiore”, considerando e legittimando i suoi bisogni psicologici, inopportunosamente frustrati nell’episodio in oggetto (come in altri similari); (c) fare l’esperienza, seppur immaginativa, che le cose potevano e dovevano andare diversamente: “*Non sono io ad essere sbagliato, ma piuttosto le esperienze inappropriate che ho vissuto*”; (d) desensibilizzarsi (perdita del potere emotigeno di specifici stimoli e contingenze relazionali) rispetto ad espressioni altrui disprezzanti in modo umiliante o colpevolizzante/rabbioso, acquisendo, nel contempo, la capacità di reagire assertivamente (apprendimento di nuove competenze sociali, ad esempio, “osservando” il comportamento del terapeuta durante l’immaginazione, mentre interagisce con i vari personaggi inclusi nella scena) di fronte a tali atteggiamenti vessatori, al fine di poter difendere la propria autostima ed amabilità percepita: non “sposare”, dunque, il punto di vista ed i criteri dell’interlocutore svilenante e/o squalificante.

Nella **Tecnica delle 2 Sedie**, invece, il terapeuta fa impersonare al paziente le varie parti di sé (*mode*) in conflitto, rispetto alla soddisfazione di tutti i propri bisogni psicologici di base, in modo che queste possano “interloquire” tra loro, anche con l’aiuto del terapeuta, e giungere ad un equilibrio più funzionale, senza che nessuna di esse divenga iper-valente (ossia rigidamente presente in ogni situazione, indipendentemente dalla sua funzionalità a lungo termine), “soffocando” le altre dimensioni del sé, ognuna delle quali possiede, in specifiche contingenze, una sua rilevanza ed utilità rispetto alla soddisfazione o alla salvaguardia di uno o più bisogni psicologici di base. Ad esempio, il Bambino Vulnerabile può discutere con il Protettore Distaccato affinché quest’ultimo possa smorzare almeno in parte il suo atteggiamento difensivo e respingente (es.: cercando di indurlo a rischiare di aprirsi almeno con qualcuno), così da non tenere a debita distanza tutte le persone con le quali si entra in contatto, anche quelle potenzialmente affidabili ed affettuose. Oppure, l’Adulto Funzionale può contrastare assertivamente il Genitore Autoritario, Ipercritico e/o

Umiliante, al fine di aiutare il Bambino Interiore a prendere le distanze dalle vessazioni inappropriate ricevute, salvaguardando, conseguentemente, la propria amabilità, anche di fronte ad errori colposi o inadeguatezze. Ancora, il Genitore Protettivo ed Autorevole può negoziare con il Bambino Ribelle ed Impulsivo alcune regole essenziali di condotta (es.: tempi e modi di accesso alle risorse e/o di soddisfazione dei propri desideri ed impulsi, ecc.), utili per salvaguardare i diritti ed i bisogni propri e altrui o della collettività, oltre che per proteggersi da errori dovuti all’impulsività ed alla disregolazione delle emozioni e degli impulsi.

Va sottolineato, in conclusione, che le suddette procedure esperienziali, appaiono in grado di incoraggiare esperienze emotigene e “di prima mano”, capaci di influenzare il funzionamento del soggetto, rimodulando l’azione inappropriata di alcune dimensioni del sé rispetto alle altre, in modo assai più incisivo rispetto al classico dialogo socratico (incoraggiamento di processi inferenziali) o ad una “spiegazione”, “narrazione” o interpretazione del terapeuta.

Recenti Sviluppi

La ST si è dimostrata efficace nel trattamento dei pazienti con disturbi di personalità (DP) o altamente resistenti al cambiamento (McGinn, & Young, 1996; McGinn, Young, & Sanderson, 1995; Young, Beck, & Weinberger, 1993; Young, & Behary, 1998; Young, & Brown, 1991; Young, & Gluhoski, 1996; Arntz, 1999). Attualmente, lo studio dei costrutti e delle metodologie terapeutiche della ST è in continua evoluzione e approfondimento (Lavergne et al., 2015) e sono numerosi gli studi di efficacia che ne dimostrano la validità clinica (Terenzi et al., 2017a). Si è difatti evidenziata la sua applicabilità anche nel trattamento dei DP di Cluster C (Weinbrecht et al., 2016; Hoffard Lunding et al., 2016), dell’ansia e della depressione cronica (Renner et al., 2015), dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) (McIntosh et al., 2016), dei problemi di coppia e sessuali (Derby et al., 2015), delle ricadute nel disturbo da uso di sostanze, nelle psicosi (Stowkowy et al., 2016) e nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) (Hopwood, Thomas, 2016). In Italia è attivo un gruppo di ricerca che ha pubblicato a livello internazionale un importante studio sulla Disregolazione Emotiva e sulla sua terapia attraverso il modello della

Schema Therapy (Dadomo et al, 2016). Inoltre, si è occupato della standardizzazione dello Schema Mode Inventory (SMI) su un ampio campione di popolazione italiana (Panzieri et al., 2016): lo SMI è uno dei questionari più rilevanti utilizzati nella fase psicodiagnostica della terapia ST.

Come conferma della validità clinica della ST, a livello internazionale, nella seconda giornata del congresso EABCT 2016 (*European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*) di Stoccolma, il prof. Arnout Arntz dell'Università di Amsterdam, ha presentato i più recenti dati di efficacia della ST per i disturbi di personalità: dati meta-analitici e di "survival analysis" particolarmente robusti. Da questi dati la Schema Therapy risulta essere il trattamento psicoterapeutico più efficace per i Disturbi della Personalità, anche in confronto alla Dialectical Behavior Therapy (DBT) di Marsha Linehan ed alla Mentalization Based Therapy (MBT) di Peter Fonagy.

"Nelle parole di Arntz è un regolamento di conti definitivo, una candidatura finale della Schema Therapy al ruolo di trattamento di elezione per i disturbi di personalità. D'ora in poi chiunque vorrà trattare i disturbi di personalità dovrà tenere conto che la Schema Therapy potrebbe diventare presto il *golden standard*" (Ruggiero, 2016).

Tale valutazione è confermata dal Congresso dell'EABCT del 2017 in cui il prof. Arntz ha esposto "dati rigorosi, frutto di una meta-analisi faraonica che raccoglie i dati di 72 studi effettuati su 4463 pazienti dal 1990 ad oggi" (Ruggiero, 2017) che appaiono, sempre più, porre la ST come il trattamento di elezione, ossia il *golden standard*, per i Disturbi di Personalità.

Caso clinico di Daniela

Daniela è una impiegata di 45 anni, single, si presenta allo studio su consiglio del medico di base.

Problematica generale

La signora giunge all'osservazione clinica per una sintomatologia caratterizzata da diminuzione del tono dell'umore, apatia, anedonia, disforia, alterazioni del sonno, bassa autostima, perdita di interessi contemporanea alla presenza di crisi d'ansia acute caratterizzate da tremori,

tachicardia e sintomi psicosomatici quali cefalea tensiva, vertigini soggettive e stanchezza cronica. La paziente riferisce, inoltre, la presenza di sistematici sentimenti di inadeguatezza connessi ad alterazioni delle valenze affettive ed emotive dell'immagine di Sé. La manifestazione psicopatologica appare in parte correlata al lutto materno, subito 3 mesi prima del primo colloquio. La madre, affetta da grave patologia neurologico-degenerativa, dopo 4 anni di malattia, assistita unicamente dalla paziente, con grandi sforzi e sacrifici, è deceduta. Due anni prima si era verificata, inoltre, la morte del padre di Daniela.

Situazione familiare

Daniela è secondogenita di tre figli; la primogenita è sposata con un figlio; l'ultimogenito, è single. Vivono tutti nella stessa città, ma sono cresciuti in un paese del sud Italia. La madre è descritta come una persona ambivalente, critica e ansiosa. Il padre come un individuo autoritario e anaffettivo. Il loro stile genitoriale pare essere stato esigente, sovente ansiogeno e scarsamente empatico. I fratelli vengono descritti come usualmente poco partecipi al rapporto con la paziente, e come scarsamente disposti a percepire e considerare i suoi stati emotivi.

Storia remota

L'infanzia della paziente è connotata da uno stile relazionale nel quale i suoi bisogni emotivi sono stati generalmente poco considerati o subordinati a doveri e necessità cogenti a causa di uno stile genitoriale esigente e punitivo. Ad esempio, le sue amiche giocavano in strada nel dopo-scuola mentre a lei non era permesso in quanto aveva il compito sistematico di svolgere le faccende domestiche. Quando la paziente eseguiva i compiti a casa il padre pare esprimesse frequentemente un atteggiamento giudicante, critico e severo verso la prestazione didattica di Daniela. Lei ricorda che aveva, conseguentemente, un grande timore di sbagliare e di deludere le aspettative paterne. Le lodi venivano elargite solo in concomitanza con ottimi risultati scolastici o condotte comportamentali morigerate e affini a una morale cattolica particolarmente rigida. Il padre, secondo quanto riferito da Daniela, pare non le abbia mai dato un abbraccio spontaneo. Le attività spontanee che la paziente svolgeva, inoltre, dovevano passare sotto

il vaglio ed il giudizio genitoriale, e spesso venivano impedito e criticate perché ritenute pericolose, improprie o poco consone alla morale familiare. I desideri di Daniela di partecipare a eventi folcloristici cittadini erano sottovalutati e spesso delusi perché ritenute tali attività come troppo superficiali e lascive. I suoi slanci sul piano affettivo, in ultimo, pare fossero sistematicamente smorzati: la madre di Daniela, infatti, affermava frequentemente che era molto pericoloso fidarsi degli uomini e delle loro promesse.

Diagnosi psicodinamica

Le esperienze vissute da Daniela nel contesto di sviluppo non hanno soddisfatto i suoi bisogni emotivi primari. Nello specifico, le esperienze infantili precoci hanno conseguito la deprivazione e limitazione del suo bisogno di accettazione e amore incondizionato; di autoefficacia e di competenza; di validazione ed espressione della propria soggettività e di intimità; di libertà, condivisione e apertura nelle relazioni significative. Gli eventi inappropriati di apprendimento le hanno suggerito che così com'è non va bene e che necessita di essere sostenuta e guidata da altri significativi per svolgere attività quotidiane in modo appropriato. Tale idea si è poi iper-generalizzata in rappresentazioni auto-svalutanti e rigide rispetto alla percezione di sé, dell'altro e di sé con l'altro. Oltre a non ritenersi meritevole di amore, inoltre, Daniela ha progressivamente sviluppato l'idea di non essere in grado di compiere attività, sia complesse che routinarie, in piena autonomia. Come risultato delle esperienze infantili avverse la paziente ha iniziato a credere che non avrebbe mai visto soddisfatto il proprio desiderio di sostegno emotivo (Schema di Deprivazione Emotiva), si è sentita ripetutamente inferiore, difettata, senza valore ed incapace di essere amata da chiunque (Schema di Inadeguatezza/Vergogna). In modo concomitante sono emersi sentimenti di incapacità ed inettitudine nel gestire le proprie responsabilità quotidiane con efficacia, senza il sostegno e l'aiuto degli altri (Schema di Dipendenza/Incompetenza). Infine la paziente ha progressivamente focalizzato l'attenzione in modo sistematico e pervicace sugli aspetti negativi dell'esistenza, vivendo costantemente nella preoccupazione che

qualcosa di nefasto sarebbe potuto accadere da un momento all'altro (Schema di Negativismo/Pessimismo).

Storia recente

L'inizio del trattamento psicoterapeutico ha implicato, dopo tre sedute di valutazione (vedi valutazione psicodiagnostica), l'integrazione di terapia farmacologica (SSRI). La risposta ai farmaci è stata adeguata e ha permesso di contenere la sintomatologia acuta (abbattimento, ansia, evitamento, ruminazioni, ecc.) che stava diventando fonte di sofferenza sistematica e pervasiva. La prosecuzione della psicoterapia ha iniziato a consolidare la quota di sanità di base e ha ristabilito un maggiore equilibrio dell'asse umorale. Durante la terapia, la cliente è riuscita a sopportare un ulteriore evento particolarmente avverso (un licenziamento) senza mostrare significative flessioni dell'umore. Altresì, è stata in grado di trovare un altro lavoro e gradualmente superare il lutto materno. Attualmente, la terapia psicologica prosegue con cadenza quindicinale e la terapia farmacologica ha subito una riduzione significativa.

Il primo colloquio

Daniela è una donna di mezza età, curata nell'abbigliamento. Risulta lucida e orientata nel pensiero. Collaborante e motivata al percorso di cura. La mimica è lievemente ipo-espressiva e l'eloquio a tratti esitante. Il tono della voce risulta basso. Le percezioni appaiono pronte e libere da errori. I processi ideativi si connotano per elementi svalutati e di perdita. L'affettività è ansiosa e l'umore è orientato in senso depressivo. Le capacità intellettive sono sufficienti e i processi volitivi controllati. È presente capacità di giudizio e coscienza di malattia.

Intervento di psicoterapia

L'intervento è attivo da due anni ed è tutt'ora in corso. La frequenza delle sedute individuali è stato settimanale, bisettimanale nell'ultima fase di monitoraggio e supporto. La paziente appare solitamente ben disposta verso la terapia e la relazione con il terapeuta. Collaborante e motivata al percorso di cura. Sempre molto cooperativa. In grado di mantenere i limiti insiti nella relazione terapeutica. Appare a tratti eccessivamente cordiale e

rispettosa. Sempre molto disciplinata e corretta, non ha mai saltato una seduta. Formale e decorosa nello scambio comunicativo. In seduta manifesta sentimenti appropriati ed emozioni sintoniche al piano verbale.

Fase empatica

In una prima fase, ho introdotto alla paziente il modello della Schema Therapy. Sono stati spiegati i concetti di Schema, Bisogno Emotivo Primario, *Coping* Disfunzionale e Mode come elementi fondamentali per la comprensione accurata e clinicamente funzionale dei problemi emotivi e comportamentali da lei espressi.

Questa modalità consente a Daniela di comprendere agevolmente i fenomeni clinici che caratterizzano la sua vita mentale. L'esplorazione congiunta delle precoci frustrazioni dei suoi bisogni psicologici di base accompagna il tratteggio dei presumibili schemi previsionali e valutativi disadattivi (Schemi Maladattivi Precoci) alla base della sua sofferenza attuale.

In particolare, comprendiamo congiuntamente che il non aver ricevuto abbastanza calore e cure amorevoli e il non essersi mai sentita veramente al sicuro (protetta, sostenuta, percepita nella propria soggettività) ed amata in modo incondizionato, abbia comportato una rilevante difficoltà negli attuali rapporti sociali e sentimentali e nel rapportarsi agli eventi di vita impegnativi: la scarsa sicurezza nelle relazioni di accudimento-attaccamento, infatti, l'ha spesso portata a sentirsi esposta a situazioni soverchianti ed inadeguata e, conseguentemente, l'ha indotta ad ampi ed impropri evitamenti e procrastinazioni, che hanno generato soverchi mancati apprendimenti, a loro volta in grado di rinfocolare il senso di inadeguatezza iniziale. Inoltre, le numerose esperienze infantili di svalutazione e umiliazione in ambito familiare hanno rinfocolato l'idea in Daniela di essere meritevole di disprezzo in quanto inadeguata e difettata. Oltre a ciò, le eccessive richieste delle figure di accudimento (iper-responsabilizzazioni) hanno condotto la paziente ad una sistematica sensazione di sovraccarico, dovuta ad un'impropria e troppo precoce sollecitazione del senso di responsabilità, che ha condotto la paziente a ritenersi incompetente, indifesa ed incapace di far fronte ai propri doveri (inopportunamente assegnati). Infine, le modalità pessimistiche proposte

dai genitori hanno modellato le attuali focalizzazioni soverchie sui lati negativi e problematici dell'esistenza manifestate dalla paziente.

La fase di "psicoeducazione" ci ha permesso, dunque, di aumentare la consapevolezza di Daniela dei meccanismi psicopatogeni che le generavano sofferenza e di incrementare l'egodistonia rispetto alle proprie prospettive e condotte sintomatiche.

Ora Daniela si sente parte di un processo condiviso, si sente capita e reputa di conoscersi meglio.

Si è verificato così un aumento della mentalizzazione, della sua capacità di automonitoraggio e di gestione dei processi psichici. La disposizione cooperativa, già buona, diviene solida e stabile grazie alla formulazione condivisa della concettualizzazione clinica della sua sofferenza.

Attualmente, Daniela presenta una maggiore consapevolezza del perché sta male. Ha inoltre sviluppato un'idea chiara della dinamica di funzionamento della propria mente. Già in questa prima fase del trattamento la paziente comincia a stare meglio.

Fase Interpretativa

In un secondo momento, abbiamo rintracciato nella storia di sviluppo di Daniela, le possibili "fonti" esperienziali (esperienze di apprendimento disfunzionali) degli SMP per riuscire progressivamente a prenderne le distanze. Per favorire questa consapevolezza è stato utilizzato la tecnica della "*Life Review*" per identificare l'origine degli schemi e degli stili di *coping* disfunzionali e per mostrare alla paziente come le sue modalità di *coping* disadattive (evitamento delle situazioni fobiche e resa precoce di fronte ad eventi avversi) abbiano mantenuto e, non di rado, rinfocolato le credenze disfunzionali su sé stessa, gli altri ed il mondo. Inoltre, la paziente è stata aiutata a valutare i vantaggi e gli svantaggi esistenziali del continuare a reiterare gli schemi e le condotte di *coping* apprese in modo inappropriato. Tramite la *Life Review* si è anche reso evidente a Daniela che certi eventi esistenziali che ella portava come prova a sostegno della presunta verità dei propri schemi disfunzionali fossero piuttosto la spiegazione del come li aveva formulati e stabilizzati nella propria mente. Per indurre ed amplificare una funzionale (per il cambiamento) egodistonia rispetto ai propri schemi ed ai propri stili di *coping* si è suggerito a Daniela

di utilizzare un diario, costruito *ad hoc*, in cui appuntare tutte le contingenze quotidiane nelle quali lo schema e i *coping* disfunzionali si attivavano. Inoltre, sono state schematizzate ed esemplificate le modalità con le quali i suoi SMP influenzavano le percezioni, le emozioni e le azioni, con le possibili alternative valutative e comportamentali più adattive, ricorrendo a delle *flash-cards* (scritte o in formato audio) da rileggere (o ascoltare) in prossimità delle contingenze esperienziali emotigene e distressanti.

Realizzata tale “distanza critica” dagli schemi e dalle modalità di *coping* disfunzionali, sono state implementate le due tecniche esperienziali elettive della ST: il dialogo tramite le due sedie e l'*Imagery with Rescripting* (IWR) (tecnica immaginativa). Con la prima procedura si è inteso lavorare al fine di rendere palese la disfunzionalità delle condotte strategiche utilizzate per affrontare il mancato soddisfacimento dei bisogni emotivi. All'atto pratico, le diverse parti del sé del paziente sono state “posizionate” su diverse sedie (le varie parti sono impersonate momento per momento sempre dal paziente che si spostava da una sedia all'altra) al fine di metterle in dialogo tra loro, favorendo in tal modo l'espressione delle emozioni collegate a differenti Mode. La dialettica che si viene a creare punta ad evidenziare funzioni e costi delle diverse modalità di approccio ai temi esistenziali che attanagliano il paziente, al fine di scegliere strategie ed atteggiamenti sempre più efficaci e maturi, eventualmente risultanti dalla sintesi di diversi punti di vista e bisogni da conciliare ed integrare. Così facendo, è stato possibile far ascoltare a Daniela la sua parte “Bambina” (bisogni emotivi più profondi) e riconoscerla come degna di amore e affetto. Ci siamo così orientati sui suoi reali Bisogni Emotivi al fine di perseguirli in modo più diretto, efficace, maturo e “coraggioso”: il bisogno di sentirsi amata, curata e riconosciuta come competente. Il dialogo tramite le sedie ha conseguentemente permesso di conversare con i Mode “Consolatore Distaccato” e “Protettore Distaccato” (strategie apparentemente risolutive dello stress emotivo, ma in concreto disfunzionali a lungo termine) al fine di mettere a fuoco che le loro azioni, pur attive con l'intento di aiutare Daniela a superare le situazioni di crisi, la allontanavano dai suoi reali bisogni, reiterando e mantenendo la frustrazione dei suddetti *needs*. La tecnica delle due sedie, inoltre, ha permesso di ridimensionare e

depotenziare la componente “Genitore Disfunzionale”, escludendola dalle decisioni e dalle riflessioni circa le scelte esistenziali della paziente, come anche dalla valutazione di sé. Depotenziando l'effetto del Mode Genitoriale punitivo e critico sono affiorate sensazioni di sicurezza e serenità. In tal modo, è stato possibile introdurre nuove strategie di *coping* focalizzate sulla soddisfazione dei reali bisogni emotivi del soggetto.

La seconda tecnica, l'IWR, ha consentito a Daniela di rivivere in immaginazione (nonostante la IWR costituisca un'esperienza controfattuale ha comunque una grande “credibilità” soggettiva), riattivando nel contempo intensi stati emotivi generalmente immagazzinati nell'amigdala a causa della loro natura traumatica, i momenti pregnanti della sua infanzia, dove l'anaffettività paterna e l'ambivalenza materna avevano generato profonda sofferenza e previsioni negative ipervalenti e disadattive (SMP). Attraverso tale tecnica la paziente ha percepito a livello esperienziale la dinamica relazionale (critica e svalutativa) vissuta durante la sua infanzia e ha potuto riviverla dal punto di vista di un Adulto Sano e, dunque, senza alcun senso di colpa, vergogna o minaccia, ma piuttosto acquisendo la consapevolezza che le cose dovevano e potevano andare diversamente: lei aveva dei bisogni che sono stati frustrati, violando il suo diritto primario di avere figure di riferimento accudenti, validanti, protettive, incoraggianti ed affidabili. Daniela ha cominciato a percepire che i suoi bisogni e le sue emozioni erano legittime e dotate di senso. La paziente ha così iniziato a comprendere, sentire e credere di essere degna di poter soddisfare i propri Bisogni Emotivi Primari. Partendo da questo nuovo stato mentale è stato possibile attuare numerosi interventi comportamentali atti a modificare i pattern disadattivi nelle diverse situazioni quotidiane: training delle abilità sociali rivolto al Mode Bambino, tecniche di esposizione per ottenere un decremento dell'ansia in situazioni impegnative da affrontare senza il supporto altrui, ecc.

Valutazione Testologica

Sono Stati somministrati i seguenti test psicodiagnostici:

- MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventori- Second Edition*)
- MCMI-III (*Millon Clinical Multiaxial Inventory Test-Third Edition*)
- YSQ-L3 (*Young Schema Questionnaire*)
- SMI (*Schema Mode Inventory*)

MMPI-2	Pre-terapia	Re-test 12 mesi
Scale cliniche di Base		
2. D- <i>Depressione</i>	72	62
7. Pt- <i>Psicoastenia</i>	71	60
Scale di Contenuto		
Anx	75	64
Frs	73	65
Dep	70	62
Lse	78	60
Scale Supplementari		
A	80	65

MCMI-III	Pre-terapia	Re-test 12 mesi
Stile di Personalità		
3 <i>Dipendente</i>	85	74
8A <i>Negativistica (Passivo-Aggressiva)</i>	79	65
8B <i>Masochistica (Autofrustrante)</i>	82	23
Sindromi Cliniche		
A <i>Ansia</i>	80	70

Young Questionnaire	Schema	Pre-Terapia	Re-test a 12 mesi
	<i>Deprivazione emotiva(ed)</i>	Molto Alto	Medio
	<i>inadeguatezza/vergogna(ds)</i>	Molto Alto	Alto
	<i>dipendenza/incompetenza(di)</i>	Molto Alto	Medio
	<i>negatività/pessimismo(np)</i>	Molto Alto	Medio

SCHEMA MODE INVENTORY	Pre-terapia	Re-test a 12 mesi
<i>Bambino Vulnerabile</i>	Alto	Moderato
<i>Bambino indisciplinato</i>	Alto	Moderato
<i>Bambino Felice</i>	Moderato	Alto
<i>Protettore Distaccato</i>	Alto	Moderato
<i>Consolatore Distaccato</i>	Molto Alto	Basso
<i>Autoesaltatore</i>	Molto Alto	Moderato
<i>Prepotente e Violente</i>	Alto	Basso
<i>Genitore Punitivo</i>	Alto	Moderato
<i>Genitore Esigente</i>	Molto Alto	Moderato
<i>Adulto Sano</i>	Moderato	Alto

Sintesi valutazione testistica

Alla luce dei risultati ottenuti dalla somministrazione dei test psicologici, possiamo evincere la netta regressione delle dimensioni psicopatologiche, inizialmente emerse dalla somministrazione pre-terapia. Il follow-up a 12 mesi ha evidenziato un miglioramento globale del funzionamento individuale, sociale e lavorativo. La valutazione psicodiagnostica ha

permesso di determinare un decremento dei livelli di ansia e di depressione, nonché una riduzione della rigidità cognitiva e dell'utilizzo di strategie ideative e comportamentali disfunzionali.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. (1969). *Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship*. *Child Development*, 40(4), 969-1025. Doi:10.2307/1127008.
- Arntz, A. (1999). *Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral*. *Psychological Review*, 19(5), 571-590. doi:10.1016/s0272-7358(98)00060-9.
- Arntz A., Jacob G. (2013). *Schema Therapy in Azione. Teoria e Pratica*. Istituto di Scienze Cognitive Editore. Sassari.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). *The need to belong: Desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation*. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of Depression*. New York: Guilford Press. doi:10.1017/s0033291700055161.
- Berne, E. (1961). *Analisi transazionale e psicoterapia*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, [ISBN 978-88-340-0019-9](#)
- Bowlby J., Ainsworth M.D.S. (1991). *An Ethological Approach to Personality Development*. *American Psychologist*. Vol. 46 (4), pp. 333-341.
- Cacioppo J. T., Berntson G. G., Larsen J. T., Poehlmann K. M., Ito T. A. (2000). *The psychophysiology of emotion*. In: Lewis R, Haviland-Jones JM, editors. *The handbook of emotion*, 2nd. Edition. New York: Guilford Press;. pp. 173–191.
- Cacioppo, J. T., Klein, D. J., Berntson, G. G., & Hatfield (1993). *The psychophysiology of emotion*. In M. Lewis & J. Haviland (eds.), *Handbook of emotions*. New York: The Guilford press. doi:10.1017/cbo 978051 15463 96.0 2 5.
- Dadomo H., Grecucci A., Giardini I., Ugolini E., Carmelita A., Panzeri M. (2016). *Schema Therapy for Emotional Dysregulation:*

Theoretical Implication and Clinical Applications. *Front. Psychol.* 7:1987. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01987.

- Derby D. S., Peleg-Sagy T. & Doron G. (2015). *Schema Therapy in Sex Therapy: A Theoretical Conceptualization*, *Journal of Sex & Marital Therapy*, DOI: 10.1080/0092623X.2015.1113586
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). *The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior*. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Field, N. P., & Horowitz, M. J. (1998). *Applying an empty-chair monologue paradigm to examine unresolved grief*. *Psychiatry*, 61(4), 279-287. *formulation and treatment*. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S97–S134. doi:10.1016/s0005-7967 (99)00052-2.
- Glasser, W. (1969). *Reality therapy*. New York: Harper & Row
- Hoffart Lunding S., Hoffart A. (2014). *Perceived Parental Bonding, Early Maladaptive Schemas and Outcome in Schema Therapy of Cluster C Personality Problems*. *Clin Psychol Psychother.* 23(2):107-17.
- Hopwood C.J., Thomas K.M.(2014). *Schema therapy is an effective treatment for avoidant, dependent and obsessive-compulsive personality disorders*. *Evid Based Ment Health.* 17(3):90-1.
- Horowitz, M., & Znoj, H. (1999). *Emotional control theory and the concept of defense: A teaching document*. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(3), 213-224.
- Lavergne F., Marie N., Mehran F. (2015) *The 5 mental dimensions identified in early maladaptive schemas statistical analysis of Young's schema questionnaire (YSQ-s3)*. *Encephale.*;41(4):314-22
- Mahoney, M. J. (1993). *Theoretical developments in the cognitive psychotherapies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 187-193.
- Maslow, A. (1962). *Toward a Psychology of Being*. New York: Van Nostrand.
- Mayer, B., & Merckelbach, H. (1999). *Unconscious processes, subliminal stimulation, and anxiety*. *Clinical Psychology*, 66(4), 634-640. doi:10.1037/0022-006x.66.4.634.

- McGinn, L. K., & Young, J. E. (1997). *Schema-focused therapy*. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 182-207). New York: Guilford Press.
- McGinn, L. K., Young, J. E., & Sanderson, W. C. (1995). *When and how to do longer-term therapy without feeling guilty*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 187-212. doi:10.1016/s1077-7229(05)80010-0
- McIntosh V.V., Jordan J., Carter J.D., Frampton C.M., McKenzie J.M., Latner J.D., Joyce P.R.(2016). *Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy*. *Psychiatry Research*. 240:412-20.
- Panzieri M., Carmelita A., De Bernardis E., Ronconi L., Dadomo H. (2016). *Factor Structure of the Italian Short Schema Mode Inventory (SMI)*. *International Journal of Humanities and Social Science*. Vol. 6, No. 2; ISSN 2220-8488 (Print), 2221-0989 (Online).
- Perls F., Hefferline R. F., Goodman P. (1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento della personalità umana*. Astrolabio Ubaldini. Roma.
- Rafaeli, E., Bernstein, D., Young J.E. (2013). *Schema Therapy. Fondamenti di Base e Differenza della Terapia cognitiva*. Edizione italiana a cura di A. Carmelita. Istituto di Scienze Cognitive Editore. Sassari.
- Renner F., Arntz A., Peeters F.P., Lobbestael J., Huibers M.J. (2016). *Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series*. *Journal of Behavior Therapy Exp Psychiatry*. 51:66-73.
- Ruggiero, G.M. (2016) *L'efficacia della Schema Therapy e il problema dell'adesione ai protocolli per la CBT: Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale: il 46esimo Congresso della Società Europea a Stoccolma*. State Of Mind. (<http://www.stateofmind.it/2016/09/46esimo-congresso-eabct-stoccolma-2016-2/>)

- Ruggiero, G.M. (2017). *Congresso dell'EABCT 2017: il report della prima giornata*. State Of Mind. (<http://www.stateofmind.it/2017/09/eabct-2017-report/>)
- Stowkowy J., Liu L., Cadenhead K.S., Cannon T.D., Cornblatt B.A., McGlashan T.H., Perkins D.O., Seidman L.J., Tsuang M.T., Walker E.F., Woods S.W., Bearden C.E., Mathalon D.H., Heinssen R., Addington J. (2015). *Core Schemas in Youth at Clinical High Risk for Psychosis*. *Behav Cogn Psychother*. 44(2):203-13.
- Terenzi S., Carmelita A., Capo R. (2017a) *Schema Therapy: Ricerca e Sviluppo*. L'altro. Roma. Anno XX. N.1.
- Terenzi S., Carmelita A., Capo R. (2017b). *Schema Therapy ed elementi di psicologia dinamica. Il modello e la sua evoluzione. Elementi di psicoterapia psicodinamica*. Cultura e Professione: la Rivista della Psicologia Italiana. Editoriale Anicia. Roma (In Publ.)
- Young, J. E., & Behary, W. T. (1998). *Schema-Focused Therapy for personality disorders*. In N. Tarrow, A. Wells, & G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach* (pp. 340–376). Chichester: Wiley. doi:10.1017/s1352465801233128.
- Young, J. E., & Brown, G. (1991). *Young Schema Questionnaire (2nd ed.)*. In J. E. Young (1994), *Cognitive therapy of personality disorders: A schema-focused approach* (pp. 63–77). Sarasota, FL: Professional Resource. doi:10.1037/029667.
- Young, J. E., & Gluhoski, V. L. (1996). *Schema-focused diagnosis for personality disorder*. In F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 300-321). New York: Wiley. doi: 10.1017/S1352465804211869.
- Young, J. E., Beck, A.T., & Weinberger, A. (1993). *Depression*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2nd ed., pp. 240–277). New York: Guilford. doi:10.1002/cpp.5640010408.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar M. E., (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press. Doi:DOI: 10.1017/s1352465804211869

- Young, J.E., Klosko J. S., Weishaar M. E. (2007). *La Schema Therapy -la terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Eclipsi. Firenze
- Weinbrecht A., Schulze L., Boettcher J., Renneberg B. (2016). *Avoidant Personality Disorder: a Current Review*. Current Psychiatry Rep. 18(3):29.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth Press.
- Wiser, S., & Goldfried, M. R. (1998). *Therapist interventions and client emotional experiencing in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies*. Journal of Consulting and Clinical.

Cinema

a cura di Tiziana Liverani

Adulti accartocciati, bloccati, bisognosi e alla ricerca di un sano equilibrio con un universo femminile, desiderato e temuto, tra desiderio sessuale e incapacità di prendere posizione e decisioni.

Questo “Tommaso” protagonista del film diretto da Kim Rossi Stuart, che resta sospeso in un limbo senza uscita, è il ritratto della sofferenza dell’uomo e delle sue difficoltà nell’entrare e vivere nell’universo femminile.

L’altro “Enemy” di Denis Villeneuve dove, la curiosità morbosa ed ossessiva della vita degli altri, il bisogno del riscatto, l’invidia della vita altrui, vengono condotti e tessuti con pazienza come la tela del ragno in cui si resta invischiati, perdendo la propria identità.

Sempre più vite immaginate piuttosto che vissute. Dualità, identità ricercate, desideri e vaghi equilibri.

TOMMASO

(un film di Kim Rossi Stuart 2016)

Tommaso dopo una lunga relazione con Chiara, viene lasciato.

Ciò dovrebbe farlo stare meglio, visto che il suo desiderio era quello di dirigere la sua attenzione su altre donne che non fosse lei.

Crede che lo attenda una vita piena di libertà e una quantità di avventure, ma non è così. Cerca di impedirsi di godere appieno di un rapporto con l’altro sesso, a volte a causa delle sue improvvisi chiusure, altre volte per i comportamenti femminili che Tommaso non riesce a decodificare.

Tommaso è un giovane attore che sogna di fare il regista di un suo film e finisce per fare l’alter ego del regista, un alter ego che ha il suo stesso volto, quello di Kim Rossi Stuart.

Tommaso è anche il nome del protagonista bambino di “Anche libero va bene” del precedente film dello stesso regista, girato una decina di anni fa.