

LOOSE - GRAAF - ZARBOCK

SCHEMA THERAPY
CON BAMBINI E ADOLESCENTI

LOOSE - GRAAF - ZARBOCK

SCHEMA THERAPY
CON BAMBINI
E ADOLESCENTI



© Istituto di Scienze Cognitive Editore, 2017

ISBN 978-88-97386-28-5

Edizione italiana a cura di

Roberta Dalla Vecchia

Traduzione a cura di

Valentina Zanon

Grafica e impaginazione

Silvia Brucoli

Stampa

LegoDigit srl, Lavis (TN)

Titolo originale

Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen

Copyright © Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013

Istituto di Scienze Cognitive Srl

Via Rolando, 16 - 07100 Sassari

www.istitutodiscienzecognitive.com

www.isceditore.it isc@istitutodiscienzecognitive.it

INDICE

Prefazione	17
Introduzione	21
1 PRINCIPI DI UTILIZZO DELLA SCHEMA THERAPY CON BAMBINI E ADOLESCENTI	25
<i>Gerhard Zarbock - Christof Loose - Peter Graaf</i>	
1.1 Aspetti dello sviluppo psicologico nella Schema Therapy	25
1.1.1 Modello dei fattori di rischio e di protezione	25
1.1.2 Modello dei compiti evolutivi	25
1.1.3 Modello delle dimensioni e delle costellazioni del temperamento	27
1.2 Il modello della Schema Therapy	30
1.2.1 Il modello di dei bisogni primari	31
1.2.2 Modalità di coping nella Schema Therapy	31
1.2.3 Schemi come risultato dell'apprendimento da esperienze emotivamente intense in situazioni psicosociali chiave	34
1.2.4 Schemi, comportamento dei genitori, cognizioni e stili di coping	36
1.2.5 Il concetto di mode	42
1.2.6 Il modello transazionale di schema e mode	46
1.3 Il concetto di schemi e di mode della Schema Therapy con bambini e adolescenti	47
1.3.1 Denominazione dei mode da parte di bambini e adolescenti	47
1.3.2 Formazione dei mode di coping in bambini e adolescenti	48
1.3.3 Rapporto con le modalità di coping di bambini e adolescenti	53
1.3.4 Il comportamento di schemi e mode	63
1.4 Particolarità della Schema Therapy legate all'età evolutiva	65
1.4.1 Neonati e bambini piccoli tra gli 0 e i 3 anni	65
1.4.2 Il bambino in età pre-scolare tra i 4 e i 6 anni	66
1.4.3 Dall'ingresso scolastico fino alla pre-pubertà tra i 6 e i 10/11 anni	66
1.4.4 Il bambino durante la pubertà tra gli 11 e i 16 anni	67
1.4.5 L'adolescente e il giovane adulto tra i 17 e i 23 anni	68
1.5 Complementi terapeutici alla Schema Therapy	69
1.5.1 Indicazioni e controindicazioni alla Schema Therapy	70
1.5.2 Punti di partenza centrali, caratteristiche e obiettivi della Schema Therapy	71

2	LA SCHEMA THERAPY CON I NEONATI E I BAMBINI PICCOLI	77
	<i>Katharina Armour, Sophie Kröger, Gerhard Zarbock</i>	
2.1	Compiti evolutivi, tematiche, potenziali crisi, conflitti e traumi della giovane famiglia nella prospettiva della Schema Therapy	78
2.1.1	Compiti evolutivi per genitori e bambino	79
2.1.2	Gestione dei compiti evolutivi e interazione	79
2.1.3	Spiegazioni della Schema Therapy sull'origine del "non riuscire a reagire adeguatamente"	80
2.2	Trattamento di Schema Therapy per gli uomini nel ruolo di padre	86
2.3	Concetti della Schema Therapy per la diagnosi, la psicoeducazione e il trattamento dei disturbi della regolazione	87
2.3.1	Diagnosi sulla base dei sintomi del bambino	87
2.3.2	Esplorazione del carico emotivo e fisico genitoriale	88
2.3.3	Diagnosi dell'interazione genitore-bambino	88
2.3.4	Procedure di osservazione e strumenti per l'auto ed etero-valutazione	90
2.3.5	Sintesi del processo diagnostico al livello di tutti i coinvolti	91
2.3.6	Obiettivi e terapia	92
2.4	Prassi della Schema Therapy: strategie terapeutiche e tecniche adeguate all'età	94
2.4.1	Considerazioni e indicazioni della Schema Therapy per specifici disturbi e problematiche	96
2.4.2	Classiche tecniche comportamentali nell'ambito della Schema Therapy	99
2.4.3	Terapia di coppia e considerazioni sistemiche nella Schema Therapy	101
2.5	Prospettive	103

3	LA SCHEMA THERAPY CON IL BAMBINO PRE-SCOLARE	107
	<i>Christof Loose, Peter Graaf, Katharina Armour</i>	
3.1	Temi e compiti evolutivi delle specifiche fasi, potenziali crisi, conflitti e traumi dal punto di vista della Schema Therapy	107
3.1.1	Compiti evolutivi e relative tematiche nelle varie fasi	108
3.1.2	Potenziali crisi, conflitti e traumi	110
3.2	Concetti della Schema Therapy per la diagnosi, la psicoeducazione e la terapia	112
3.2.1	Conduzione del colloquio con bambini prescolari	112
3.2.2	Importanti livelli diagnostici	113
3.2.3	Educazione	115
3.3	Prassi della Schema Therapy: costruzione della relazione a seconda dell'età e strategie terapeutiche	115
3.3.1	Panoramica sui mode di un bambino in età prescolare	116
3.3.2	Utilizzo dei pupazzi da dita e di marionette	117
3.3.3	Terapia del gioco orientata sui bisogni e sui mode	117
3.3.4	Protocollo del gioco orientato sui bisogni e sui mode	118
3.4	Il caso di Chiara: risultati diagnostici e approccio terapeutico	120
3.5	Conclusioni generali sulla Schema Therapy in età prescolare	122
4	LA SCHEMA THERAPY CON BAMBINI IN ETÀ SCOLARE	125
	<i>Peter Graaf, Christof Loose</i>	
4.1	Compiti evolutivi e conflitti delle specifiche fasi	125
4.1.1	Sfide evolutive e potenziali crisi	126
4.1.2	Competenze per la gestione delle sfide evolutive	127
4.1.3	Influenza delle ridotte capacità e delle dinamiche di gruppo sulla creazione degli schemi	129
4.1.4	Effetti di una carenza di risorse esterne	133
4.2	Concetti della Schema Therapy per la diagnosi	133
4.2.1	Livello diagnostico	134
4.2.2	Setting e tecniche diagnostiche	135
4.3	Prassi della Schema Therapy: formazione dell'alleanza a seconda dell'età e strategie terapeutiche	138
4.4	Conclusioni	145

5	SCHEMA THERAPY DURANTE LA PUBERTÀ	149
	<i>Christof Loose - Peter Graaf</i>	
5.1	Compiti evolutivi, tematiche, potenziali crisi, conflitti e traumi e influenza dello sviluppo cognitivo durante la pubertà	150
5.1.1	Compiti evolutivi e relative tematiche nelle varie fasi	150
5.1.2	Potenziali crisi, conflitti e traumi	151
5.1.3	Sviluppo cognitivo e comprensione delle emozioni	154
5.2	Concetti della Schema Therapy per la diagnosi, psico-educazione e terapia	156
5.2.1	Importanti livelli diagnostici	157
5.2.2	Educazione	160
5.3	Prassi della Schema Therapy: costruzione della relazione a seconda dell'età e strategie terapeutiche	161
5.4	Conclusioni	168
6	SCHEMA THERAPY CON GIOVANI ADULTI	171
	<i>Christine Zens - Silka Hagena</i>	
6.1	Compiti evolutivi e relative tematiche, potenziali crisi, conflitti e traumi nelle varie fasi dello sviluppo secondo la Schema Therapy	172
6.1.1	Compiti evolutivi e tematiche specifiche nei giovani adulti	173
6.1.2	Potenziali crisi, conflitti e traumi secondo la prospettiva della Schema Therapy	175
6.2	Concetti della Schema Therapy per la diagnosi, la psicoeducazione e la terapia dei principali disturbi e problemi clinici	178
6.2.1	Indicazioni, controindicazioni e diagnosi	178
6.2.2	Psico-educazione	183
6.3	Prassi della Schema Therapy: strategie terapeutiche, costruzione del rapporto terapeutico e tecniche specifiche per l'età	184
6.3.1	Concettualizzazione del caso e piano terapeutico	185
6.3.2	La relazione terapeutica	190
6.3.3	Tecniche della Schema Therapy specifiche per giovani adulti	192
6.4	Conclusioni	199

7	TECNICHE E PROCEDURE CON I BAMBINI	203
	<i>Peter Graaf - Christof Loose</i>	
7.1	Note preliminari sulla motivazione alla terapia di bambini e adolescenti	203
7.2	Lavoro sui mode: elementi base e materiali	204
7.3	Costruzione della relazione terapeutica come caratteristica centrale nella Schema Therapy	210
7.3.1	Costruzione della relazione con il paziente	210
7.3.2	Costruzione di una relazione con le figure genitoriali di riferimento	213
7.4	Confronto empatico	214
7.5	Terapia del gioco orientata sui mode	218
7.6	Schema Therapy con le storie	223
7.7	Psico-educazione	227
7.7.1	Materiali per la psico-educazione	227
7.7.2	Psico-educazione nelle diverse fasce di età	227
7.7.3	Primi passi nell'educazione nei bambini	229
7.7.4	Metafore per la rappresentazione di schemi e mode	231
7.8	Lavoro sui mode e gli schemi con disegni e materiali creativi	235
7.8.1	Tradizioni terapeutiche nel lavoro con le immagini	236
7.8.2	Lavoro su schemi e mode attraverso il disegno	237
7.9	Lavoro sui mode con le sedie	247
7.10	Lavoro sui mode con i pupazzi (pupazzi da dita oppure marionette) e altre figure	255
7.11	Lavoro sulla “casa interna”	268
7.11.1.	Livello dei mode	269
7.11.2	Livello dell'esperienza	272
7.11.3	Livello degli schemi	274
7.11.4	Gioco del Mode-Schema-esperienza	275
7.12	Tecniche immaginative	277
7.12.1	Controindicazioni ed esperienze negative con gli esercizi immaginativi	279
7.12.2	Difficoltà durante gli esercizi immaginativi	279
7.12.3	Imagery Rescripting	282
7.12.4	Esercizi immaginativi orientati alle risorse	285
7.13	Memo carte e diari	286
7.14	Compiti a casa	288
7.15	Riepilogo e indicazioni per l'utilizzo delle singole tecniche	293

8	TECNICHE E PROCEDURE PER IL LAVORO CON I GENITORI	297
	<i>Peter Graaf</i>	
8.1	Definizioni: consulenza cognitivo-comportamentale, pedagogia sugli schemi e coaching sugli schemi	297
8.1.1	Definizione: Consulenza VT, Pedagogia e coaching della Schema Therapy	297
8.1.2	Elementi dello Schema Coaching	299
8.1.3	Training per i genitori e consulenza nella prospettiva della Schema Therapy	301
8.2	Ampliamento e prospettiva di una Schema Therapy sistemica	302
8.2.1	Introduzione alla prospettiva sistemica nella Schema Therapy	302
8.2.2	Confini dei sistemi e dei sottosistemi	303
8.2.3	Assegnazione e induzione dei ruoli	304
8.2.4	Regole del sistema	311
8.2.5	Funzionalità	312
8.2.6	Circoli viziosi di transazioni disfunzionali e escalation dei mode	318
8.2.7	Risorse	320
8.3	Costellazioni di mode e attivazioni di mode nei sistemi	321
8.3.1	Il ruolo particolare dei mode genitoriali interni dei genitori	323
8.3.2	Evitamento degli schemi nei genitori - resistenza disfunzionale contro i mode genitoriali negativi	325
8.4	Il ruolo del terapeuta nei confronti dei genitori: il rapporto terapeutico in equilibrio tra consulenza, coaching, guida e terapia	327
8.5	Diagnosi di schemi e mode nei genitori	329
8.6	Educazione con testi e disegni	335
8.7	Interventi sugli schemi e mode con i genitori	337
8.7.1	Sensi di colpa nel lavoro con i genitori	338
8.7.2	Metodi e approcci cognitivi	342
8.7.3	Metodi e approcci emotivi	344
8.7.4	Metodi comportamentali	351
8.8	Il caso di “Ron” per la dimostrazione di alcuni interventi	363
8.9	Riassunto	365

9	L'APPLICAZIONE IN TERAPIA DELL'APPROCCIO DELLA SCHEMA THERAPY	369
	<i>Christof Loose - Petra Baumann-Frankenberger - Gerhard Zarbock</i>	
9.1	Informazioni sui sintomi riportati	371
9.2	Sviluppo biografico del paziente e anamnesi del disturbo	372
9.3	Referto psicopatologico al momento della domanda	373
9.4	Referti organici	374
9.5	Analisi del comportamento e delle condizioni	374
9.6	Diagnosi	377
9.7	Obiettivi terapeutici e prognosi	377
9.8	Piano terapeutico con l'inclusione di tecniche della schema Therapy	377
9.9	Conclusioni	378
10	LA SCHEMA THERAPY CON BAMBINI E ADOLESCENTI: SI SVILUPPA UN NUOVO APPROCCIO	381
	<i>Christof Loose - Petra Baumann-Frankenberger</i>	
10.1	Gruppi di lavoro nazionali e internazionali per la Schema Therapy con bambini e adolescenti	382
10.2	Perfezionamento in Schema Therapy con bambini e adolescenti	384
10.3	Schema Therapy per la formazione e il perfezionamento dei terapeuti	385
	10.3.1 La Schema Therapy durante l'analisi personale del terapeuta che lavora con bambini e adolescenti	385
	10.3.2 La Schema Therapy per la supervisione di terapeuti che lavorano con bambini e adolescenti	388

Indirizzi degli editori:

Dr. Christof Loose, Psicologo
Istituto di Psicologia Sperimentale
Sezione di Psicologia Clinica
Università Heinrich-Heine Duesseldorf
Universitaetstrasse 1
40225 Duesseldorf
e-mail: christof.loose@uni-duesseldorf.de

Peter Graaf, Psicologo
Werner-Otto-Institut gGmbH
Bodenschwinhstrasse 23
22337 Hamburg
e-mail: PGraaf@werner-otto-institut.de

Dr. Gerhard Zarbock, Psicologo
Istituto per la Formazione in Terapia Comportamentale Hamburg (IVAH)
Hans-Henny-Jahn-Weg 51
22085 Hamburg
e-mail: info@ivah.de

Questo libro è disponibile anche in versione e-book (tedesco)
(ISBN 978-3-621-28061-7).

I contenuti di questo libro sono protetti. Qualsiasi utilizzo diverso da quelli consentiti dalla legge deve essere previamente autorizzato dall'editore. Nessuna parte può essere scannerizzata e distribuita senza il consenso dello stesso. Questo vale anche per le reti intranet delle scuole.

Responsabilità limitata: malgrado accurati controlli, non ci assumiamo alcuna responsabilità per i contenuti di link esterni. Per i contenuti delle pagine segnalate la responsabilità ricade sui singoli gestori.

1 edizione 2013
Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013
Programma PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

PANORAMICA DEI CONTENUTI

Introduzione di Eckard Roediger	17
Prefazione	21
1 Principi di utilizzo della Schema Therapy con bambini e adolescenti <i>Gerhard Zarbock - Christof Loose - Peter Graaf</i>	25
2 Schema Therapy con neonati e bambini piccoli <i>Katharina Armour - Sophie Kroeger - Gerhard Zarbock</i>	77
3 La Schema Therapy con il bambino pre-scolare <i>Christof Loose - Peter Graaf - Katharina Armour</i>	107
4 La Schema Therapy con bambini in età scolare <i>Peter Graaf - Christof Loose</i>	125
5 Schema Therapy durante la pubertà <i>Christof Loose - Peter Graaf</i>	149
6 Schema Therapy con giovani adulti <i>Christine Zens - Silka Hagen</i>	171
7 Tecniche e procedure con i bambini <i>Peter Graaf - Christof Loose</i>	203
8 Tecniche e procedure con i genitori <i>Peter Graaf</i>	297
9 L'applicazione in terapia dell'approccio della Schema Therapy <i>Christof Loose - Petra Baumann-Frankenberger - Gerhard Zarbok</i>	369
10 La Schema Therapy con i bambini: si sviluppa un nuovo approccio <i>Christof Loose - Petra Baumann-Frankenberger</i>	381

PREFAZIONE

In questo momento, si assiste ad uno sviluppo molto dinamico della Schema Therapy in Olanda, ma specialmente in Germania. Nel frattempo, i soci tedeschi rappresentano il gruppo più numeroso nella società internazionale per la Schema Therapy (ISST). Perché la Schema Therapy ha avuto così tanto successo proprio in Germania? Probabilmente perché nel contesto tedesco, molti terapeuti hanno già una familiarità con il lavoro pionieristico di Klaus Grawe sui costrutti degli schemi e dei bisogni primari così come la loro frustrazione nello sviluppo di vari disturbi. Jeffrey Young, in parallelo con Grawe (e senza averlo letto) ha sviluppato un modello che secondo me rappresenta una trasposizione pratica della teoria di Grawe. Fondamentalmente ciò che rende la Schema Therapy attraente è il solido collegamento di un modello orientato sullo sviluppo che include tecniche che stimolano una forte attivazione esperienziale, così come un orientamento relazionale che si orienta verso il comportamento di “genitori accudenti”. La Schema Therapy per adulti si fonda su dettati pedagogici. Cosa può esserci di più sensato che tentare di utilizzare già con bambini e adolescenti questo concetto, che ha dimostrato un successo anche empirico, e che nella terapia si occupa di elaborare i cosiddetti “mode bambino”? Perché aspettare con la terapia fino a quando il bambino è già “caduto nel precipizio”?

A dire il vero, durante le mie lezioni e corsi mi chiedono da sempre se la Schema Therapy potrebbe essere utilizzata anche con bambini e adolescenti. “Yes we can!”. Come è possibile farlo, viene presentato in questo libro. Questo libro copre tutte le fasi evolutive dalla nascita fino all’ingresso nell’età adulta. Per necessità, include anche i genitori nella terapia. Fino alla pubertà e al processo di individuazione ad essa collegato, sono infatti i genitori i più importanti destinatari della terapia sulla base del principio pedagogico di base: uno può dire ai bambini quello che vuole, ma loro, imiteranno tutto. Fornire un “coaching” per i genitori, così come viene chiamato in questo libro, rappresenta la più importante prevenzione primaria dei disturbi psichici e previene la necessità di un successivo intervento di re-parenting da parte del terapeuta. Con la pubertà e la maggiore

apertura alle influenze esterne alla famiglia, i terapeuti si attivano maggiormente nel re-parenting. In confronto agli adulti, i bambini mostrano ancora dei comportamenti esternalizzanti relativamente incontrollati, specialmente in presenza di confini e quando non è stata costruita una sana capacità di autoregolazione. I terapeuti diventano quindi un modello di “mode dell’adulto sano” che può essere interiorizzato nel corso della terapia. Provvedono quindi a fornire un “aiuto primario” per lo sviluppo.

Al contrario del re-parenting utilizzato nella terapia con gli adulti, quello per bambini e adolescenti, richiede un procedimento diverso: deve essere aderente e plasmato su situazioni estremamente concrete, proposto ed elaborato in modo molto attivo affinché l’esperienza e il comportamento possano essere mentalizzate e il “mode dell’adulto sano” (chiamato in questo caso il “mode del bambino competente”) possa essere interiorizzato e costruito nei pazienti. Durante la riflessione l’esperienza e l’azione saranno rese consapevoli. Questo risulta infinitamente più facile da ottenere attraverso il modello dei mode che con l’utilizzo del costruito astratto degli schemi. Di conseguenza, questo libro, si basa principalmente sul modello dei mode che viene adattato nel linguaggio, al mondo dell’esperienza dei bambini e degli adolescenti. In questo modo l’idea di Jeffrey Young viene ritagliata su misura in modo molto creativo e sensibile per essere utilizzata e ulteriormente sviluppata per l’ambito evolutivo. Il modello offre a bambini e adolescenti un manuale di istruzioni per se stessi e per gli altri. Questo riduce la sensazione di non essere a posto e fornisce un primo orientamento su come, attraverso il mode del bambino competente e i comportamenti accidentati, si possano soddisfare i bisogni primari propri e degli altri.

Il lavoro con i genitori sviluppa ulteriormente il modello dei mode grazie all’intuizione di Heinrich Berbak, dove il mode genitoriale interno può manifestarsi anche all’esterno (per esempio verso i propri figli). Per questo, non di rado, i bambini divengono vittima di critica, punizione o delle esigenze dei genitori. Questo modello può rendere comprensibili ai genitori i propri cambiamenti di mode, alleviare i sensi di colpa e quindi far sì che i genitori partecipino in modo migliore al lavoro terapeutico. La comprensione che l’imposizione di limiti trasparenti ed empatici appartiene al sano sviluppo del bambino, può essere di aiuto a genitori insicuri.

Complessivamente, in questo libro, viene proposta la prospettiva di uno sviluppo dinamico della Schema Therapy all’interno di una terapia cognitivo-comportamentale specifica per un disturbo. Accanto alla descrizione della domanda in essa contenuta e ad uno sguardo delle interazioni familiari secondo una prospettiva sistemica, come può essere utile in un lavoro con la famiglia. In conclu-

sione, questo libro rappresenta un buon punto di partenza per il trattamento di bambini e adolescenti basato sulla Schema Therapy. A questo punto, auguro una piacevole lettura.

Francoforte, estate 2012

Dr. Eckhard Roediger

INTRODUZIONE

Questo libro è per noi una gioia ma anche una sfida in quanto, per la prima volta a livello internazionale, presentiamo l'approccio della Schema Therapy come è stata formulata da Jeffrey Young e sviluppata e valutata da Arnoud Arntz, per la sua applicazione nell'ambito della terapia con bambini e adolescenti.

Questo è un "libro dalla clinica per la clinica". Con questo vogliamo chiarire che le idee e i concetti in esso contenuti non sono ancora definitivi. Ci troviamo ancora in un continuo processo di consolidamento o di modifica di idee e tecniche non ancora completamente mature. Vogliamo quindi che il nostro lavoro sia compreso come un "work in progress". Con questo lanciamo un chiaro appello a tutte le lettrici e ai lettori affinché siano stimolati a contribuire allo sviluppo della Schema Therapy con bambini e adolescenti attraverso critiche di contenuto, contributi dalla propria pratica clinica ma anche con studi scientifici (per esempio con casi singoli controllati, studi di gruppo, o altro).

Prima di passare ai sentiti ringraziamenti a tutti quanti hanno supportato questo progetto, vogliamo fornire anzitutto qualche informazione su come siamo arrivati alla stesura di questo libro: "La Schema Therapy con bambini e adolescenti". Gerhard Zarbock, terapeuta esperto di Schema Therapy e dirigente di un istituto di formazione (anche) in ambito della terapia con pazienti in età evolutiva (IVAH di Amburgo) ha avuto l'idea di concepire un libro sulla Schema Therapy con bambini e adolescenti. Una prima bozza della struttura rese chiara la complessità del progetto e quindi la necessità di coinvolgere dei co-autori competenti che avessero una comprovata e lunga esperienza nella terapia in ambito evolutivo e che riconoscessero anche il contributo della Schema Therapy. Contattò quindi Petra Baumann-Frankenberger (IST-Koeln) in quanto era a conoscenza che già dirigeva un gruppo di supervisione per la Schema Therapy con bambini e adolescenti a Koeln. Christof Loose, un collega esperto di questo gruppo con una propria home-page dedicata alla Schema Therapy con bambini, fu immediatamente pronto a partecipare a questo progetto. Peter Graaf di Amburgo, intanto, aveva già sviluppato da qualche anno insieme a Heinrich Berbalk alcuni propri concetti e idee ("terapia comportamentale

con bambini, adolescenti e genitori orientata sugli schemi e sui mode”) e li aveva presentati in alcuni seminari e workshop in tutta la Germania. Anche lui fu immediatamente interessato ad essere coinvolto nel progetto. Con questo si era creato un trio ambizioso e produttivo, le cui esplosioni creative possono essere trovate in questo libro. I successivi passaggi editoriali furono possibili grazie ai punti di forza ed esperienza degli autori così come al grande dispendio di tempo che ognuno di loro ha potuto investire nella sua stesura.

Struttura del libro. Lasciateci dire alcune parole circa la strutturazione dei capitoli: quando arriverete alla fine di questa introduzione, nel capitolo 1 vi attende una introduzione generale alla Schema Therapy con bambini e adolescenti:

delinea gli aspetti psicologici e evolutivi che vengono trasposti nel modello della Schema Therapy, definisce il concetto di mode focalizzandosi sulle peculiarità proprie di ogni età e permette di acquisire una prima panoramica sull’approccio terapeutico della Schema Therapy. Il capitolo 1 deve essere assolutamente letto in quanto le pagine successive del libro si basano sulle conoscenze acquisite in tale capitolo. I capitoli dal 2 al 6 approfondiscono le peculiarità specifiche a ogni gruppo di età già elencate nel capitolo 1. Nel capitolo 2 si parla di Schema Therapy con neonati e bambini piccoli. Partendo dalle conoscenze della psicologia dello sviluppo e tenendo in considerazione i fondamenti terapeutici della psicologia dinamica e della terapia comportamentale, è stato possibile sviluppare un approccio innovativo e specificamente basato sulla Schema Therapy per questo gruppo di età. I capitoli dedicati all’età prescolare, scolare e alla pubertà (capitoli 3, 4 e 5) sono particolarmente consigliati nel caso si volesse lavorare con la Schema Therapy con bambini appartenenti a questi gruppi di età oppure nel caso in cui un terapeuta fosse interessato ad acquisire nuove prospettive, idee metodi e concetti. Il capitolo 6 (Schema Therapy con adolescenti e giovani adulti) permette di acquisire una comprensione più profonda e un approccio clinico più concreto durante questa fase di transizione verso l’età adulta. Le tecniche innovative della Schema Therapy specifiche per bambini e genitori saranno presentate in maniera esaustiva nei capitoli 7 e 8. Questi capitoli permettono al lettore di giudicare meglio il contributo della Schema Therapy alla terapia con bambini e adolescenti e di definire in modo dettagliato i suoi specifici punti di forza, magari anche rispetto ad altri approcci terapeutici. Come la Schema Therapy può essere legata alle riflessioni sistemiche e quali nuove prospettive possono scaturire da questo legame, verranno illustrate durante la trattazione delle tecniche e procedure per i genitori. I capitoli 7 e 8 sono quindi particolarmente importanti in quanto la Schema Therapy con bambini e adolescenti in larga parte si concentra sul lavoro con i genitori che, per ragioni di spazio, non è trattato in maniera esaustiva nei capitoli specifici per gruppo di età. Il capitolo 9 si occupa delle peculiarità da tenere

in considerazione durante la stesura di una domanda per psicoterapia basata sulla Schema Therapy: dimostra come e perché la Schema Therapy potrebbe e dovrebbe essere considerata come una variante strategica della terapia comportamentale. Il capitolo 10 infine offre una panoramica sullo sviluppo e la diffusione della Schema Therapy e fornisce un'idea sul suo utilizzo nella terapia personale durante la formazione come psicoterapeuta così come nei gruppi di supervisione (per esempio durante la formazione dei terapeuti dell'età evolutiva).

Infine vorremmo ringraziare molte persone. In assenza del loro supporto e coinvolgimento, questo libro non sarebbe stato possibile: per primo ringraziamo Jeffrey Young per il grande lavoro sulla Schema Therapy. Arnoud Harntz merita un grande ringraziamento per la sua infaticabile preoccupazione per la valutazione empirica dei concetti e degli utilizzi della Schema Therapy. Solamente attraverso una completa valutazione empirica la Schema Therapy può arrivare ad acquisire un posto tra gli approcci di psicoterapia consigliati come evidence based. A Heinrich Berball spetta non solo il merito per una prima diffusione delle idee della Schema Therapy nel contesto tedesco e per la formazione di molti dirigenti di istituti per la Schema Therapy, ma anche per l'idea di sviluppare una Schema Therapy specifica per bambini e adolescenti. Ai nostri occhi, non solo per il suo approccio e per l'utilizzo dei burattini da dita nel lavoro sui mode, lui è il "padre della Schema Therapy con bambini e adolescenti". Anche Eckart Roediger, appartiene a coloro che non ringrazieremo mai abbastanza, naturalmente per i suoi libri didattici, acuti e stimolanti, ma in questo contesto, specialmente, per il suo supporto alla Schema Therapy con bambini e adolescenti che emerge nella prefazione di questo libro.

Vogliamo ringraziare anche Gitta Jacob per i meravigliosi libri sulla Schema Therapy e sul lavoro con i mode che hanno saputo trasmettere a molti lettori i concetti con una modalità molto chiara e vicina alla clinica. Il nostro ringraziamento va anche alla casa editrice Beltz Verlag che si è occupata di numerose pubblicazioni su questa tematica, e come noi, della Schema Therapy, ed ha quindi contribuito in maniera massiccia a renderla conosciuta in tutto il contesto tedesco.

I capitoli di questo libro sono stati naturalmente controllati dagli autori stessi e dai nostri editori ma anche da alcuni terapeuti dell'età evolutiva conosciuti ed esperti come Gunter Groen (Amburgo) e Dorothee Verbeek (Lubecca). Il loro prezioso e costruttivo feedback è stato accolto e considerato durante la stesura del manoscritto.

Vogliamo inoltre ringraziare Annekatriin Thies (Werner-Otto Institut, Amburgo) per il suo contributo al capitolo dedicato ai neonati e per i consigli sulla discussione attuale sulle linee guida per i disturbi della regolazione. Ulla Eckardt di Berlino ci ha fornito dei preziosi stimoli con il suo lavoro di Schema Therapy con la tavola della famiglia.

Il lavoro con l'editrice, Signora Schrameyer, si è dimostrato egualmente costruttivo, piacevole e di grande supporto.

Vogliamo anche invitarvi a seminari, workshop e corsi di formazione per la Schema Therapy con bambini e adolescenti che sono offerti sia a Colonia (IST-K, www.schematherapie-koeln.de) che a Amburgo (IVAH, www.ivah.de in cooperazione con IST-HH, www.schematherapie-hamburg.de). Un sentito ringraziamento va per questo motivo anche a Petra Baumann-Frankenberger (IST-K) e a Christine Zens (IST-HH) che organizzano questi corsi e seminari nei loro istituti. Vogliamo anche ringraziare la International Society of Schema Therapy (ISST) e così farla conoscere. Diventando socio di questa associazione avrete accesso a tutti gli attuali sviluppi della ricerca sulla Schema Therapy e del suo utilizzo. Anche al suo interno si trova di già un gruppo di lavoro sulla Schema Therapy con bambini e adolescenti. Troverete ulteriori informazioni su www.isst-online.com. Vogliamo anche ringraziare i nostri datori di lavoro per il loro supporto (Christof Loose: HHU Duesseldorf, Istituto per la Psicologia Sperimentale, sezione di Psicologia Clinica, Direttore: R. Pietrowsky; Peter Graaf: Werner-Otto-Institut, eKA-Altersdorf, Amburgo; Gerhard Zarbock: IVAH, Istituto per la Formazione in Terapia Comportamentale, Amburgo).

Nel caso in cui foste interessati agli attuali ulteriori sviluppi della Schema Therapy con bambini adolescenti vorremmo anche consigliarvi il sito www.schematherapie-fuer-kinder.de dove potrete trovare informazioni sullo stato attuale dello sviluppo della Schema Therapy per bambini adolescenti.

Vogliamo inoltre segnalare che da qui in seguito utilizzeremo la forma maschile per riferirci a persone o gruppi esclusivamente per motivi di semplicità e leggibilità e che la forma femminile verrà utilizzata solo in casi specifici.

Infine non può mancare un amorevole ringraziamento alle nostre famiglie per il loro rispetto durante la produzione del manoscritto e per averci visto, anche troppo spesso, sparire dietro i nostri computer.

Auguriamo a tutti i lettori una piacevole lettura e speriamo di poter ispirare molti colleghi e colleghe. Saremmo grati e felici di ricevere feedback positivi ma anche critici da parte dei nostri lettori e lettrici.

Hamburg e Duesseldorf, estate 2012

Christof Loose
Peter Graaf
Gerhard Zarbock

CAPITOLO 1

PRINCIPI DI UTILIZZO DELLA SCHEMA THERAPY CON BAMBINI E ADOLESCENTI

Gerhard Zarbock - Christof Loose - Peter Graaf

1.1 Aspetti dello sviluppo psicologico nella Schema Therapy

La psicologia clinica dello sviluppo (Heinrichs & Lohaus, 2011) propone diversi modelli con i quali spiega e delinea lo sviluppo di malattie psichiche nei bambini e negli adolescenti. Questi verranno presentate qui di seguito.

1.1.1 Modello dei fattori di rischio e protezione

Fattori di rischio

Dal punto di vista dei fattori di rischio saranno presi in considerazione fattori psico-sociali e altre influenze del contesto, A volte tuttavia sono considerati anche alcuni fattori genetici che possono influenzare negativamente, se non addirittura compromettere, uno sviluppo normale o ottimale. Una lista dei fattori di rischio per l'età evolutiva che si è dimostrata empiricamente valida a seguito di studi specifici (Zarbock, 2008 sulla base di Hoffmann & Hochapfel, 1995 e Petermann et al., 1998) è riportata nella tabella seguente.

Fattori di rischio biografici per lo sviluppo dei disturbi psichici e psicosomatici (prima del contesto culturale)

- Basso stato socio economico
- Attività lavorativa della madre durante il primo anno di vita
- Bassa scolarità dei genitori
- Famiglia numerosa in uno spazio ridotto
- Criminalità o comportamenti antisociali nei genitori
- Cronica disarmonia familiare, famiglie litigiose
- Differenza di età dagli altri fratelli minore di 18 mesi
- Rapporti patologici in famiglia
- Nascita non desiderata

- Separazione dei genitori prima o poco dopo la nascita
- Genitori single
- Perdita della madre
- Comportamento autoritario del padre
- Frequenti cambiamenti della persona di riferimento
- Contatti disfunzionali con il pari
- Abuso fisico o sessuale
- Disturbi psichici o organici della madre o del padre
- Predisposizione genetica alle malattie

Fattori di protezione

Ai fattori di rischio si contrappongono naturalmente anche dei fattori di protezione. Sono considerati fattori di protezione tutti quelli che favoriscono lo sviluppo oppure che riescono direttamente a tamponare e indebolire i fattori di rischio. I fattori di protezione più conosciuti sono la disponibilità di almeno una buona relazione con una persona di riferimento e anche un buon quoziente intellettivo. Si contano inoltre la robustezza psico-fisica, una bassa predisposizione alle malattie e l'essere fisicamente attraenti. La disponibilità di questi fattori di protezione normalmente fa sì che la persona possa sperimentare delle esperienze positive e che durante il contatto con il mondo ottenga un maggiore rinforzo positivo.

1.1.2 Modello dei compiti evolutivi

Accanto al modello dei fattori di rischio e di protezione, il modello dei compiti evolutivi di Havinghurst (1972) risulta essere particolarmente importante per lo sviluppo clinico della psicopatologia in bambini e adolescenti. Il modello differenzia tra uno sviluppo tipico e uno sviluppo atipico sulla base dei compiti evolutivi. Il concetto di compito evolutivo deve essere compreso nel senso che il bambino durante il proprio sviluppo deve gestire dei normali compiti evolutivi (compiti normativi) oppure imparare a gestire alcuni compiti particolari dettati dal proprio destino individuale (compiti non normativi).

Il controllo degli sfinteri, il passaggio dalla relazione genitoriale all'asilo rappresentano, per esempio, dei compiti evolutivi normativi. L'elaborazione di una separazione oppure di una grave malattia fisica rappresentano invece dei compiti evolutivi non normativi dettati dal destino individuale.

1.1.3 Modello delle dimensioni e delle costellazioni del temperamento

Sia l'effetto dei fattori di rischio che la gestione dei compiti evolutivi dipendono fortemente da fattori temperamentali.

Una delle più conosciute descrizioni delle dimensioni del temperamento è quella di Herpertz (2008) basata su Thomas et al. (1963) a seguito dell'influente studio longitudinale di New York che individua 9 dimensioni del temperamento: livello di attività, avvicinamento/ ritiro, capacità di adattamento, umore, soglia di risposta, intensità della risposta, distraibilità, ritmicità, raggio e tenuta dell'attenzione (vedi tabella 1.1).

Thomas & Chess (1977) raggruppano attraverso un'analisi qualitativa e un'analisi fattoriale le 9 dimensioni del temperamento in costellazioni di temperamento infantile: il bambino facile (easy child), il bambino difficile (difficult child) e il bambino lento ad attivarsi (slow to warm up child).

Tabella 1.1 Dimensioni e costellazioni del temperamento

Dimensioni del Temperamento (Herpertz et al., 2008, Thomas et al., 1963)	Costellazioni di temperamento infantile
<ul style="list-style-type: none">• Livello di attività• Avvicinamento/ ritiro• Capacità di adattamento• Umore• Soglia di risposta• Intensità della risposta• Distraibilità• Ritmicità• Raggio e tenuta dell'attenzione	<ul style="list-style-type: none">• Il bambino facile (easy child)• Il bambino difficile (difficult child)• Il bambino lento ad attivarsi (slow to warm up child)

Già tra i neonati si possono distinguere i bambini con un temperamento facile da quelli con un temperamento difficile o lento ad attivarsi.

Neonati con un temperamento difficile. Questi neonati (difficult children) reagiscono in modo intenso e negativo a stimoli sconosciuti, a una mancanza di regolarità nella quotidianità o ad altre frustrazioni. Inoltre hanno difficoltà a mantenere ritmi regolari di sonno e alimentazione.

Neonati con un temperamento facile. Per i neonati con un temperamento facile (easy children) vale il contrario: si dimostrano relativamente robusti e sopportano le novità o le piccole frustrazioni con meno irritazione e possono essere

facilmente calmati dalla loro persona di riferimento. Raggiungono relativamente facilmente dei ritmi regolari di sonno e veglia. La loro fame e sete sono abbastanza prevedibili e possono essere facilmente soddisfatti con la proposta di cibo o di liquidi.

Neonati con un temperamento lento ad attivarsi. I neonati con un temperamento lento ad attivarsi (slow to warm up children) reagiscono evitando nuove situazioni e persone. L'adattamento a queste nuove situazioni è ritardato. In confronto ai neonati con un temperamento difficile, questi bambini reagiscono in modo meno intenso. Il livello di attività è prevalentemente basso e hanno una tendenza a sviluppare un'irregolarità dei ritmi sonno/veglia e nutrizione, anche se in modo meno marcato rispetto ai bambini difficili.

Nella prospettiva di un modello transazionale dello stress (Lazarus, 1974) risulta già chiaro come si possono costruire delle complesse interazioni tra l'individuo e il suo contesto.

Alcuni altri modelli di temperamento (per esempio: Rothbart & Bates, 1998) mostrano molte sovrapposizioni con il modello di Herpertz (2008) ma anche alcune differenze. Si nota generalmente un alto consenso sul significato delle dimensioni di temperamento di avvicinamento (affettività positiva, estroversione, la ricerca di stimoli, curiosità) e allontanamento (affettività negativa, ansia, irritabilità, tendenza alla lamentela, inibizione del comportamento). Queste due qualità del temperamento si basano sul modello di Gray (1975; 1983) e descrivono i due principali sistemi di motivazione per il comportamento umano: il sistema di attivazione e il sistema di inibizione.

I fattori di temperamento citati del comportamento di avvicinamento/ affettività positiva così come comportamento di evitamento/affettività negativa, controllo e inibizione e orientamento sociale, mostrano dei chiari riferimenti al modello "Big-Five" della personalità (McGrae & Costa, 1990; Becker, 1998; Von Zerssen, 1994) che risulta essere tutt'ora il favorito per la descrizione delle dimensioni e della struttura della personalità (Herpertz et al. 2008, pag. 211): "in accordo con il modello "Big-Five", la personalità è determinata da 5 robusti fattori che si manifestano in forma individualizzata".

Da che età si può parlare di costruzione dei fattori del temperamento Big-Five non è ancora stato chiarito empiricamente. Visto che questi fattori di temperamento sono stati trovati anche nei primati non umani (Weiss, 2006) dobbiamo ritenere che siano identificabili relativamente presto nello sviluppo umano (a partire dai 2/3 anni) almeno in una loro forma abbozzata. I cinque fattori di temperamento sono elencati nella tabella 1.2.

Tabella 1.2 Modello di personalità Big-Five con tipici indicatori

Fattori Big-Five	Indicatori
1) Estroversione / Introversione	<ul style="list-style-type: none"> • Un bambino estroverso si rivolge verso l'esterno, è socievole e spesso alla ricerca di nuovi stimoli. • Un bambino introverso è poco socievole, rivolto verso l'interno e interessato alle proprie scoperte o alle proprie produzioni mentali.
2) Stabilità emotiva / Labilità emotiva (nevroticismo)	<ul style="list-style-type: none"> • Un bambino con un'emotività stabile è tranquillo, può essere facilmente calmato, è spesso di buon umore • Un bambino con un'emotività labile reagisce velocemente agli stimoli avversi, dimostra poi un'elevata stimolazione disforica che può essere poi difficilmente calmata. A livello neuro-anatomico si trova uno sbilanciamento del sistema autonomo con spesso una eccessiva attivazione del tono simpatico. A livello neuro-fisiologico si può parlare di una facile attivazione dell'amigdala (bassa soglia di attivazione ansiosa)
3) Tolleranza	Con questo viene descritta la tendenza a risolvere i conflitti sociali in modo positivo e un'alta soglia di attivazione dei comportamenti aggressivi. Una bassa manifestazione di questo fattore di temperamento si manifesta attraverso una facile irritabilità, una tendenza aggressiva e si caratterizza per una insopportabilità sociale

Fattori Big-Five	Indicatori
4) Apertura verso le nuove esperienze	Alla luce della psicologia dello sviluppo si tratta qui di definire la manifestazione di un forte bisogno di esplorazione. Le nuove esperienze sono intensivamente ricercate e godute. Si trova un grande bisogno di varietà e di cambiamento, la monotonia sarà difficilmente sopportata.
5) Coscienziosità	La marcata presenza di questo fattore di temperamento determina una forte tendenza a regolare il proprio comportamento e la propria esperienza sulla base di norme e regole. È presente un grande rispetto verso l'autorità e i modelli anche senza che questo sia legato ad ansia per una possibile punizione. Quanto si possa trattare di una componente di temperamento su base genetica piuttosto che del prodotto dell'interiorizzazione delle norme genitoriali e delle loro prescrizioni è ancora dibattuto. Tuttavia, per quanto riguarda i disturbi ossessivi e compulsivi che spesso sono caratterizzati da una esagerata coscienziosità (per esempio: Wevetzer, 2004) si può ipotizzare che effettivamente sussista una forte base genetica

I fattori di temperamento sono le basi neuro-biologiche dell'individuo. Il successivo modellamento attraverso l'esperienza e il comportamento di un bambino o di un adolescente si formano poi attraverso l'interazione tra la struttura di partenza e il contesto. Avendo descritto il temperamento come parte della struttura di partenza possiamo adesso capire meglio come il contesto individuale di un bambino può facilmente condurre verso la soddisfazione oppure la frustrazione dei suoi bisogni primari.

1.2 Il modello della Schema Therapy

Dopo aver accennato al modello dei fattori di rischio e di protezione, riferendoci brevemente anche ai compiti evolutivi (una descrizione dettagliata si trova in seguito) e infine, dopo aver discusso le dimensioni e le costellazioni del temperamento, creiamo un collegamento con il modello della Schema Therapy in cui l'interazione tra bisogni e temperamento viene concettualizzata con i termini di schema, modalità di coping e mode. Questo concetto della Schema Therapy si estende anche ad altri termini che saranno meglio descritti nei prossimi paragrafi:

- 1) **Bisogni primari** come base dell'esperienza del sé e come "guida" interna per l'esperienza e il comportamento.
- 2) **(Cronica) frustrazione dei bisogni primari** come elemento peggiorativo dei fattori di rischio (i fattori di rischio diventano patologici attraverso la frustrazione cronica dei bisogni primari).
- 3) Costruzione di **schemi** come la manifestazione di aspettative (per esempio: concetto di auto-(in)efficacia, situazione-esito-aspettativa di Bandura) e gradi dell'esperienza (apprendimenti per se stessi e il contesto).
- 4) **Modalità di coping** come risultato del modellamento, dei fattori di temperamento e del condizionamento operante e come risposta individuale e disfunzionale alla frustrazione cronica dei bisogni primari. Dal punto di vista della psicopatologia dello sviluppo, le modalità di coping possono essere considerate anche i precursori di una malattia, per esempio come i nuclei cristallizzati per il successivo sviluppo di disturbi di personalità o dell'accentuazione di tratti (sviluppo antisociale oppure narcisistico) oppure come precursori di cluster di sintomi diversi (per esempio: abuso di sostanze, fobia sociale, ansia generalizzata).
- 5) Costruzione di **mode** come precursori dello stile di personalità, delle strategie di coping o degli atteggiamenti caratteriali.

1.2.1 Il modello dei bisogni primari

Secondo la Schema Therapy, il modello della frustrazione dei bisogni primari è quello che più si avvicina alla comprensione dei sintomi psicopatologici.

Ci basiamo sui contributi delle teorie di diversi autori (Young, Brazelton/Green-span e Grawe) che considerano l'esistenza di alcuni bisogni semplici e primari che sono evolutivamente e biologicamente determinati. Utilizziamo un modello comprensivo e pratico che aiuta ad illustrare le diverse sfaccettature e i diversi piani di questi bisogni. I bisogni primari corporei di sicurezza materiale (nutrimento, sonno, eccetera) e di integrità fisica, non saranno trattati in modo approfondito anche se giocano naturalmente un ruolo fondamentale nello sviluppo psicologico dei neonati e dei bambini piccoli oltre che nella società allargata.

I domini dei bisogni primari della lista che segue sono quelli individuati e descritti da Jeffrey Young (2005, vedi anche Roediger, 2011) e saranno trattati anche nel paragrafo 1.3.4.

- 1) **Attaccamento:** Nel senso di un rapporto amorevole e continuativo oltre che un senso di appartenenza ad una comunità di supporto.
- 2) **Autonomia:** nel senso di indipendenza degli altri, auto-direzionalità, auto efficacia incluso il controllo sul proprio ambiente.
- 3) **Autostima:** nel senso di riconoscimento e rispetto per se stessi.
- 4) **Gioco/gioia, divertimento, piacere stimolazione:** nel senso di spontaneità e libertà di espressione.
- 5) In accordo con Grawe includiamo anche un bisogno sovraordinato di **coerenza** e quindi di una tendenza dell'organismo a coordinare in parallelo tutti i propri processi psichici e neuronali. Qui si potrebbe includere anche un bisogno di struttura e orientamento nel senso di trasparenza e prevedibilità che permettano un controllo sulle esperienze fornite dal contesto. A questo si aggiungono anche le regole, i limiti dei gruppi sociali. Jeffrey Young (Young et al., 2005) enfatizza che uno dei bisogni primari degli esseri umani è quello di fare esperienza di limiti, strutture e regole. Nell'esperienza soggettiva, il desiderio di coerenza si manifesta nel bisogno di identità: io desidero sentirmi coerente con me stesso. Questo significa che le persone si sforzano di portare la propria personalità, ricordi e le esperienze attuali in connessione con un unico comune denominatore. Questo si applica anche a tutti i contesti di vita significativi per la persona: le persone hanno bisogno della definizione di norme chiare che regolino la propria appartenenza e ruolo (oppure limiti) nelle strutture sociali (famiglia, gruppo dei pari). Una frustrazione cronica dei

bisogni primari e una coerenza deficitaria portano alla costruzione di specifici schemi disfunzionali e a pattern di coping maladattivi. Nell'ottica del bisogno di coerenza, questi si lasciano descrivere come tentativi non ottimali di soddisfarlo e quindi, di acquisire sicurezza nella propria identità.

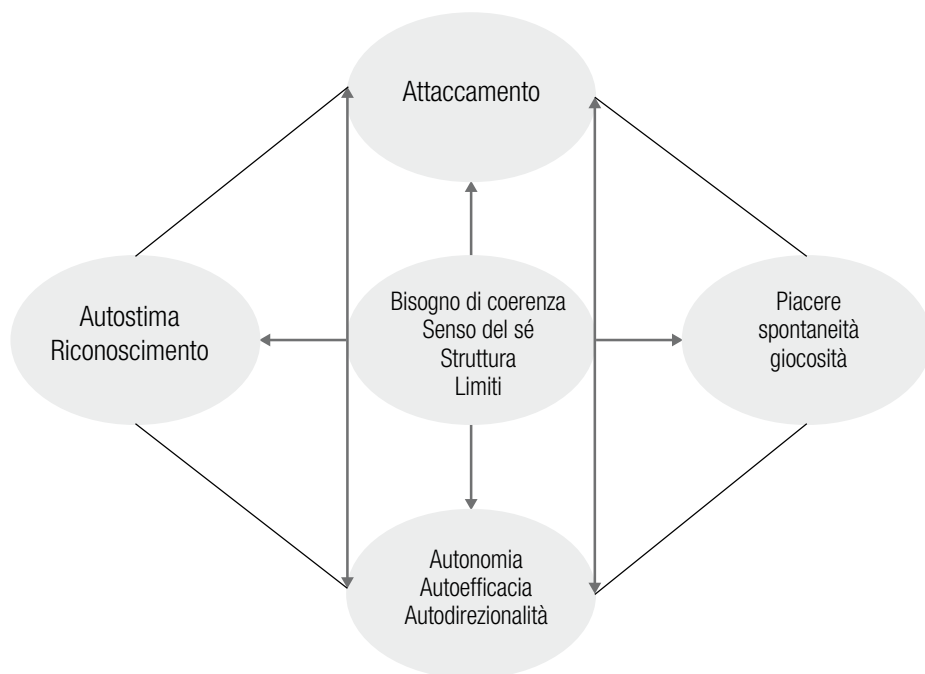


Figura 1.1 Modello dei bisogni primari

La figura 1.1 propone un modello dei bisogni primari dove sull'asse verticale i bisogni di attaccamento e di autonomia risultano essere centrali per lo sviluppo del bambino. Se colleghiamo adesso le idee dei fattori di rischio e del superamento positivo o negativo dei compiti evolutivi con il modello dei bisogni primari, risulta chiaro che la presenza di fattori di rischio così come anche la pressione verso il superamento dei compiti evolutivi possono portare alla frustrazione di alcuni bisogni primari. La frustrazione di questi bisogni primari scatenano emozioni come ansia, tristezza, rabbia e in seguito anche vergogna. Quando questo tipo di emozioni sono vissute in modo intenso e ripetuto, può svilupparsi automaticamente una tendenza a gestirle in modo stereotipato. Per quanto riguarda le strategie di coping, secondo la comprensione della Schema Therapy, si pre-

sentano tutte le classiche reazioni all'ansia mostrate da ogni organismo vivente ovvero di attacco-fuga-congelamento (fight-flight-freeze) come descritto nel paragrafo 1.2.2.

- La reazione di **attacco o aggressione** viene definita come una iper-compensazione, questo significa che l'interessato reagisce il modo opposto alla sensazione che prova: un'esperienza di paura o ansia si mostrerà come aggressività o attacco.
- La reazione di **fuga** può essere definita come uno stile di coping basato sull'evitamento. Evitamento in questo caso significa che la stimolazione di emozioni negative temute viene gestita attraverso l'evitamento di luoghi, azioni o situazioni temute da parte dell'individuo.
- La reazione di **congelamento** viene chiamata nella Schema Therapy sottomissione o resa. Questo significa che la persona non scappa e non attacca bensì che si sottomette senza reagire alle situazioni che stimolano l'emergere delle emozioni negative.

EXCURSUS

La gestione dei traumi e dei ricordi

In riferimento alle radici biologiche di uno schema di sottomissione possiamo supporre che la modalità di coping di resa o sopportazione si attiva quando l'interessato considera le proprie forze insufficienti per attaccare o fuggire. In questo caso l'unica strategia possibile è quella di non reagire alla minaccia, il che rappresenta ancora una certa protezione che, in senso evolutivo, si manifesta con un atteggiamento di resa. La reazione di congelamento può essere ulteriormente differenziata e risultare molto utile per la comprensione dei disturbi post traumatici e per gli stati dissociativi. Peichl (2007) porta l'attenzione su un modello di stress differenziato da alcuni etologi (sulla base di Gray, 1988 e Bracha, 2004). Il congelamento viene visto come la prima reazione di allarme che comporta un aumento della vigilanza insieme a paura e a uno spontaneo congelamento del movimento con lo scopo di rendersi "invisibile" per un breve tempo. Il congelamento viene visto come uno stato dell'organismo governato dal sistema simpatico in preparazione alla lotta o alla fuga (immobilizzazione tonica). La resa e la sottomissione arrivano solamente nel momento in cui la fuga o l'attacco appaiono impossibili. Questo stato viene chiamato "fright" ed è

descritto come una immobilizzazione atonica guidata dal sistema parasimpatico (la pressione sanguigna e il battito cardiaco diminuiscono) (Peichl, 2007). Prima di questo stato di impotenza Peichl suggerisce che le persone attraversano ancora una fase di dissociazione. Nelle situazioni traumatiche, a causa dell'inondazione del cervello di ormoni dello stress, il pensiero e la percezione non sono più sincrone. Si delineano dei frammenti che vengono memorizzati in diverse parti del cervello. Le esperienze non sono verbalmente simbolizzate. Il blocco impedisce una sintesi dell'esperienza in una narrazione. A causa dell'immaturità del sistema di memoria dell'ippocampo (memoria esplicita) i bambini fino al secondo anno di vita trattengono i ricordi delle esperienze traumatiche esclusivamente nel sistema di memoria implicita, ovvero nella memoria corporea inconscia.

1.2.3 Schemi come risultato dell'apprendimento da esperienze emotivamente intense in situazioni psicosociali chiave

Young, in ambito adulto ha osservato e descritto 18 schemi maladattivi, che sono stati nel frattempo per la maggior parte confermati anche in bambini e adolescenti (Stallard & Rayner, 2005; Stallard, 2007; Rijkboer & de Boo, 2010).

DEFINIZIONE

Per schema si può intendere un insieme di ricordi, cognizioni, emozioni e reazioni corporee. Si potrebbe parlare anche di un riflesso condizionato complesso.

Nella sua costruzione teorica Young ha chiaramente tolto le reazioni motorie dal concetto di schema per ordinarle prima nelle modalità di coping e, in seguito, nel concetto di mode (vedi paragrafo 1.2.5). Con questo rappresenta la classica differenziazione tra condizionamento classico e operante così come è trattato anche nella teoria bi-fattoriale della gestione delle reazioni ansiose di Mowrer & Miller: la reazione ansiosa è il primo passo mentre il successivo comportamento di evitamento rappresenta il condizionamento operante con il quale la reazione ansiosa viene a sua volta evitata.

Schemi come tratti. La cosa particolare nel concetto di schema proposto da Young è che descrive gli schemi come dei tratti (traits) di personalità. L'appren-

dimento di questi tratti può essere compreso considerando che, sulla base di temperamenti individuali, alcune esperienze di interazione sociale ricorrenti con alcune persone di riferimento conducono verso specifiche rappresentazioni dell'esperienza legate a determinate situazioni. Queste rappresentazioni dell'esperienza includono rappresentazioni di se stessi (per esempio: "sono indifeso, debole e abbandonato") così come delle rappresentazioni del partner di interazione (per esempio: "tu sei inaffidabile, minaccioso e troppo potente").

Schemi condizionati e non condizionati. L'utilizzo del concetto di schema diventa in questo modo più complesso in quanto una trattazione più approfondita necessita di differenziare tra schemi condizionati e schemi non condizionati.

Uno schema (non condizionato) come quello di *deprivazione emotiva* mostra che la persona di riferimento non è stata emotivamente disponibile con sufficienza malgrado fosse presente fisicamente. Uno schema di *abbandono/instabilità* mostra un rapporto vissuto almeno come parzialmente positivo con la persona di riferimento ma che è stato spesso imprevedibilmente interrotto o influenzato negativamente (per esempio attraverso una malattia psichica o fisica dei genitori).

I cosiddetti schemi condizionati, come *essere speciale*, *ricerca di approvazione* oppure anche *standard elevati* indicano già che essi hanno la funzione di gestire un'esperienza negativa. Possiamo quindi immaginare che uno schema diventi tanto più marcato quanto più si fonda su un'insicurezza relativa all'attaccamento, mentre invece, per esempio, *essere speciale* serve a mascherare alcune insicurezze o sensi di inferiorità personale. Uno schema di *standard elevati* potrebbe perseguire lo stesso scopo tuttavia i mezzi saranno relativi all'ambito della performance e a una strategia di perfezionamento delle aspettative circa il comportamento proprio e quello degli altri. La tabella 1.3 mostra una panoramica malgrado non sia presente un ordine stabilito. Per esempio, lo schema di sottomissione può trovarsi come compensazione nel caso di abbandono/instabilità così anche come per altri schemi (per esempio: inadeguatezza/ vergogna).

Gli schemi proposti da Young sono stati definiti sulla base dell'esperienza clinica e successivamente validati su una molteplicità di pazienti adulti e bambini, per le loro proprietà psicometriche (per esempio: Sieswerda, 2012; Rijkboer, 2012) tuttavia coprono solo parzialmente il modello dei bisogni primari e delle loro frustrazioni. Per questo è sempre utile

Tabella 1.3 Schemi condizionati e non condizionati chiedersi davanti a uno schema, la frustrazione di quale bisogno sta alla sua base, oppure anche quale tentativo disfunzionale rappresenta e per la soddisfazione di quale bisogno.

Schemi non condizionati	Schemi condizionati
Abbandono/ instabilità Inadeguatezza/ vergogna Isolamento sociale/ alienazione Sfiducia, abuso e maltrattamento Dipendenza/ Incompetenza Predisposizione per incidenti o malattie Invischiamento/sè poco sviluppato Fallimento Mancanza di autocontrollo/ disciplina Negatività/ pessimismo Tendenza alla punizione	Sottomissione Standard elevati con atteggiamento ipercritico Auto sacrificio Ricerca di approvazione riconoscimento Ambizione emotiva Arroganza/ grandiosità

1.2.4 Schemi, comportamenti dei genitori, cognizioni e modalità di coping

Le seguenti quattro tabelle (1.4 / 1.7) offrono una panoramica sui 18 schemi fornendo anche degli indizi sul comportamento prototipico di genitori e persone di riferimento, le conseguenti cognizioni nel bambino/ adolescente così come le modalità di comportamento tipico all'interno delle tre possibili modalità di coping (resa, evitamento e iper-compensazione). Una delle idee centrali di Young (Young et al., 2005) è che le modalità di coping contribuiscono al mantenimento degli schemi e che impediscono le esperienze correttive. Nei materiali on-line si trovano delle descrizioni dettagliate di ogni singolo schema.

Le tre modalità di coping ricalcano le tre reazioni descritte sopra: freeze/fright (resa), flight (evitamento) e fight (iper-compensazione).

- La modalità di coping di resa significa che la persona si comporta come se lo schema rappresentasse la “realtà”. Il bambino sarà quindi sopraffatto dalle emozioni e dalle reazioni corporee attivate. Da un punto di vista motorio può esserci uno sguardo fisso, un ritiro immobile così come anche un'azione incontrollata (come per esempio negli schemi esteriorizzanti quali la *ricerca di attenzione*)
- La modalità di coping di evitamento implica che verrà fatta qualsiasi cosa pur di evitare l'attivazione dello schema. Questo può manifestarsi con la fuga dalla situazione fino a un generale evitamento di qualsiasi esposizione agli

stimoli attivanti fino ad arrivare a strategie più attive quali l'abuso di sostanze o la ricerca di distrazione.

- La modalità di coping di iper-compensazione si riassume nel “fare il contrario di quello che si sente”. La persona si comporta in modo opposto a quello dello schema attivato, ovvero reagisce in modo più esternalizzante a schemi passivi e viceversa. L'interessato si trasforma quindi da “vittima” in “aggressore”. Lotta contro lo schema.

Nel linguaggio della moderna terapia comportamentale l'iper-compensazione ha la funzione di evitare la consapevolezza dell'emozione negativa primaria (per esempio: vergogna o ansia).

Tabella 1.4 : schemi 1-5 (Young et al., 2005) con esempi di comportamento tipico dei genitori, cognizioni frequenti nel bambino così come comportamenti nelle tre modalità di coping: resa, evitamento e iper-compensazione (lista non esaustiva)

Schema	Comportamento dei genitori o altre persone di riferimento	Cognizioni del bambino/adolescente	Resa	Evitamento	Iper-compensazione
1) Abbandono/Instabilità	Legame instabile; attenzione e supporto incoerenti; cambi delle figure di accudimento; bambino lasciato solo.	Presto sarò di nuovo abbandonato; non ci sono delle amicizie stabili; presto o tardi rimarrò di nuovo solo	Ricerca di amici/partner instabili (troppo giovani/troppo vecchi/inadeguati)	Rifiuto dei legami profondi; fugge di fronte a proposte di relazione sincere	Elevate aspettative nei confronti di amici/partner; relazioni intense e succubi
2) Sfiducia/abuso/maltrattamento	Abuso emotivo, fisico o sessuale	La troppa vicinanza è pericolosa; devo stare maledettamente attento, mi mentiranno, verrà usato, maltrattato, abusato	Ricerca di relazioni invischianti dove essere sfruttato e abusato	Evitamento ansioso di situazioni in cui potrebbe essere sfruttato o abusato	Ricerca di amici/partner che possono essere dominati, sfruttati o eventualmente umiliati
3) Deprivazione emotiva	Trascuratezza, freddezza emotiva, rifiuto	Non sono soddisfatto, non ricevo alcuna attenzione, supporto, comprensione	Sceglie amici/partner emotivamente freddi, non chiede il rispetto dei propri bisogni, si lascia piacere il rifiuto	Ritiro sociale ed emotivo, sogni ad occhi aperti	Comportamento che demanda elevata emotività; nelle amicizie mostra un'attenzione imprevedibile, alterando con la trascuratezza
4) Inadeguatezza/vergogna	Discredito davanti agli altri, non rispetto degli spazi personali del bambino, svalutazione dei bisogni del bambino	Sono così ridicolo, gli altri spesso si accorgeranno; non sono degno di amore, sbaglio sempre, mi sento inferiore	Cura di relazioni e amicizie umilianti in cui è possibile provare vergogna, accettazione del ruolo di capro espiatorio	Mostra un comportamento introverso e teso, nasconde se stesso e le proprie opinioni	Esagerato senso di valore con tendenza al perfezionismo e alla critica e alla svalutazione degli altri
5) Isolamento sociale/alienazione	Famiglia socialmente isolata, eventualmente appartenenti a minoranze etniche, migranti oppure con persone di riferimento socialmente escluse	Io sono diverso oppure la mia famiglia è diversa, gli altri non mi/ci capiscono; io non mi sento parte del contesto	Accettazione dell'esclusione, accetta volentieri di fare da solo	Evita le amicizie e le attività di gruppo	Ricerca spasmodica di relazioni, di essere amico di qualcuno; comportamento altamente complacente, non mostra resistenza

Tabella 1.5 : schemi 6-9 (Young et al., 2005) con esempi di comportamento tipico dei genitori, cognizioni frequenti nel bambino così come comportamenti nelle tre modalità di coping: resa, evitamento e iper-compensazione (lista non esaustiva)

Schema	Comportamento dei genitori o altre persone di riferimento	Cognizioni del bambino/adolescente	Resa	Evitamento	Iper-compensazione
6) Dipendenza e incompetenza	Genitori iper protettivi, che vogliono evitare al bambino alcune esperienze, eventualmente genitori con disturbi d'ansia o traumi	Io sono debole e indifeso, senza i miei genitori o insegnanti non posso fare o decidere nulla	Chiede ai genitori di fare alcune cose per lui, per esempio di invitare gli amici o di fare i compiti	Evitamento delle sfide, scarico delle responsabilità, rifiuto dei compiti	Comportamenti temerari con eccessiva sopravvalutazione di se stesso, ricerca di amici "potenti", rifiuto di accettare qualsiasi tipo di aiuto anche quando necessario
7) Suscettibilità per incidenti e le malattie	Genitori iper controllanti che danno eccessivi avvertimenti e impongono eccessive misure di sicurezza contro malattie e incidenti	Devo proteggermi, il mondo è pieno di pericoli, posso facilmente farmi del male	Si occupa molto delle brutte notizie e si preoccupa costantemente della propria salute, mette in atto misure di sicurezza, tiene il cellulare sempre in mano	Evita di salire sugli sgabelli, evitamento delle situazioni potenzialmente pericolose	Comportamento eccessivamente temerario, ricerca di sensazioni, provocazione di incidenti attraverso la disattenzione e la noncuranza
8) Invischiamento, sé poco sviluppato	Rende i bambini dipendenti da sé (per esempio con inversione di ruoli oppure come sostituto del partner) si intromette in tutto; nel caso di comportamenti non adeguati eccessiva moralizzazione che crea sensi di colpa	Io non posso vivere senza i miei genitori e loro non possono vivere senza di me; ho un dovere verso di loro di fare tutto ciò che mi dicono e di raccontargli tutto	Non riesce ad abbandonare le amicizie disfunzionali: sostiene eccessivamente i genitori diventando uno "pseudo-adulto", diventa una specie di consigliere presente solamente per i propri genitori o per il partner	Evita la vicinanza dei genitori e le amicizie profonde, per esempio si trasferisce all'estero e diventa socialmente isolato	Infatti inizia la propria autosufficienza, si chiude in se stesso, non fa nulla per gli altri, mantiene una ostinata superficialità nei rapporti
9) Mancanza di successo e fallimento	Inadeguato supporto e incoraggiamento nella gestione dei compiti evolutivi. Svalutazione delle capacità del bambino e rappresentazione dei suoi sbagli come prova della sua stupidità	Io non ci riesco, gli altri sono meglio, sono un fallimento	Sceglie compiti e sfide al di sotto del proprio livello, ricerca compiti noiosi, stolca accettazione di mansioni poco stimolanti	Vita attività interessanti e stimolanti, rifiuta di provare cose nuove o difficili	Sceglie dei compiti con tendenza al perfezionismo, compulsione verso il successo, si mette fortemente sotto pressione

Tabella 1.6 : schemi 10-14 (Young et al., 2005) con esempi di comportamento tipico dei genitori, cognizioni frequenti nel bambino così come comportamenti nelle tre modalità di coping: resa, evitamento e iper-compensazione (lista non esaustiva)

Schema	Comportamento dei genitori o altre persone di riferimento	Cognizioni del bambino/adolescente	Resa	Evitamento	Iper-compensazione
10) Arroganza e grandiosità	Mancanza di struttura e di limiti, eccessivo "viziare", attribuzione di uno status di "principe e principessa"	Io sono qualcosa di molto speciale, non ho bisogno di imparare, di fare compiti, io di avere dei doveri, per me ci sono delle altre regole	Mancanza di auto riflessione, incapacità di vedere i bisogni degli altri oppure ignorarli consapevolmente, stabilisce delle altre regole per gli altri, si vanta dei propri successi, desidera imporre la propria volontà, si comporta da saputello	Indebitamento di situazioni in cui sono richieste "solamente" delle prestazioni nella media	Si occupa intensamente dei bisogni degli altri E svolge anche i loro compiti
11) Carente autocontrollo e disciplina	Genitori poco disciplinati con comportamento lunatico ed erratico, nessuna impostazione delle regole e dell'autocontrollo	Non lo posso sopportare, questo non devo farlo, non è giusto, dovrebbero farlo gli altri	Infrangere le regole viene accettato con noncuranza, atteggiamento e risposta flemmatica alle richieste	Evitamento dei conflitti, dei compiti, dei doveri sociali e della responsabilità	Estrema ambizione e comportamento auto mortificante alle richieste di prestazione, autocontrollo elevato o addirittura compulsivo
12) Sottomissione	Genitori con uno stile educativo autoritario, nel caso in cui il bambino si dimostri compiacente, dedicano attenzione	Gli altri sanno più di me, gli altri hanno sicuramente ragione quindi sono loro a decidere	Ricerca di amici e partner dominanti, sottomissione, comportamento complacente E ubbidiente	Evitamento di persone e situazioni potenzialmente conflittuali, come per esempio situazioni sociali non strutturate o regolamentate	Ribellione contro l'autorità, mobilitazione contro ogni tipo di regolamentazione nel contesto sociale
13) Auto sacrificio	Genitori bisognosi, che tendono ad una inversione di ruoli in cui i bisogni del bambino vengono trascurati	Senza di me crolla tutto, gli altri hanno bisogno di me, devo solamente riuscire a "salvare il mondo"	Accetta volentieri incarichi di responsabilità, tendenza a lasciarsi usare senza richiedere nulla in cambio	Preferisce situazioni in cui il dare e il ricevere non giocano alcun ruolo (per esempio situazioni sociali altamente strutturate come nel caso di associazioni o altro)	Pone dei confini esagerati ai legami, egotismo

Tabella 1.7 : schemi 15-18 (Young et al., 2005) con esempi di comportamento tipico dei genitori, cognizioni frequenti nel bambino così come comportamenti nelle tre modalità di coping: resa, evitamento e iper-compensazione (lista non esaustiva)

Schema	Comportamento dei genitori o altre persone di riferimento	Cognizioni del bambino/adolescente	Resa	Evitamento	Iper-compensazione
15) Negatività e pessimismo	Genitori eccessivamente ansiosi con pensiero dicotomico e tendenza alla catastrofizzazione	lo devo solamente aspettare che accada qualcosa di terribile, potrebbe essere anche peggio di quanto temo	Si concentra sulle cose negative, le ricorda che le usa come argomentazione in seguito, si aspetta sempre il peggio	Si distrae, è irrequieto per tentare di scacciare i pensieri o le esperienze negative	Eccessivo ottimismo, nega fatti spiacevoli
16) Inibizione emotiva	Genitori emotivamente poveri, freddi e razionali che svalutano la spontaneità e la giocosità	Quando faccio vedere le mie emozioni, oppure quando mi comporto in modo infantile e un po' sciocco, questo non va bene e non è accettabile	Sempre preoccupato mantiene un atteggiamento calmo e freddo, si comporta sempre bene	Evita le situazioni che scatenano emozioni così come i discorsi emotivi	Maldestra ricerca di attenzione, fa la parte del clown, ma viene deriso invece che riconosciuto
17) Standard elevati atteggiamento iper critico	Per avere successo bisogna lavorare duramente, chi non ha successo è stato troppo pigro	Solamente quando dimostro un'ottima performance divento amabile	Ambizione spenta, tendenza al perfezionismo a causa di una pressione interna, dedica molto tempo a imparare e a prepararsi per una performance	Vita situazioni in cui è richiesta una performance, le rifiuta, non vuole sottoporsi a un giudizio, non partecipa alle competizioni	Mette in dubbio i test di performance, ignora gli standard richiesti e si comporta volutamente in modo disattento durante le prove
18) Punizione	Stile genitoriale orientato alla punizione, somministrazione di punizioni in modo duro con dimostrazioni di potere	Se commetto un errore devo essere punito	Si punisce da solo per gli sbagli, tratta se stesso e gli altri in modo molto duro	Ritiro sociale, per paura di commettere degli sbagli e di essere punito	Si comporta in maniera eccessivamente tollerante tuttavia mostra una eccessiva tendenza alla punizione

1.2.5 Il concetto di mode

In particolare per i pazienti con disturbi della personalità, molti schemi sono attivati contemporaneamente. Per mantenere una chiarezza nel modello, Young ha sviluppato il concetto di mode. Una panoramica aggiornata sul lavoro e sul concetto di mode è disponibile in Zens & Jacob (2012). Metaforicamente, il concetto di mode potrebbe essere considerato come concetto molecolare mentre il concetto di schema potrebbe essere considerato come un concetto atomico. Con questo esempio diventa chiaro che diversi schemi (atomi) possono combinarsi per formare una nuova molecola e quindi un mode. Questa molecola può avere diverse qualità sulla base dei singoli atomi che la compongono.

DEFINIZIONE

Young definisce il mode in questo modo: “con mode viene definita una combinazione di schemi (adattivi e maladattivi) o di operazioni di schemi che sono attive contemporaneamente in una persona in uno specifico momento” (Young et al., 2005, pag. 75). A differenza di un *tratto*, i mode disfunzionali sono degli *stati* che insieme agli schemi e alle operazioni degli schemi rappresentano delle diverse sfaccettature del sé, che non sono completamente integrate con le altre sfaccettature. Gli schemi e le reazioni di coping hanno la tendenza a raggrupparsi come “parti del sé”. Particolari cluster di schemi o di reazioni di coping si attivano contemporaneamente. Un mode disfunzionale è una parte del sé, che risulta essere più o meno distaccata dagli altri aspetti del sé (Young et al., 2005).

In accordo con Watkins & Watkins (2003), Young vede i mode disfunzionali come degli stati dissociativi (vedi Kasten, pag. 37). Ipotizza un continuum tra diversi gradi di dissociazione, tra relativamente sano fino alle drammatiche manifestazioni patologiche del disturbo dissociativo di personalità. “Generalmente i mode variano da persona a persona entro alcune specifiche dimensioni: dissociato/integrato, riconosciuto/nascosto, maladattivo/adattivo, estremo/blando, rigido/flessibile, puro/misto” (Young et al., 2005, pag. 78). Le persone sane possono sperimentare contemporaneamente diversi mode lievemente dissociati.

Forza dell'adulto sano. “Una significativa differenza tra le persone sane e quelle con gravi disturbi, risiede nella forza del mode dell'adulto sano. Questo mode è presente in tutti, ma nelle persone sane è attivo più spesso e con più forza. Il mode dell'adulto sano riesce ad indebolire i mode disfunzionali e anche a guarirli” (Young et al., 2005, pag.78).

DEFINIZIONE

La dissociazione è qui intesa (in accordo con Peichl, 2007) come un fenomeno sperimentato da tutte le persone nella quotidianità, una modalità per “mettere da parte” ed escludere dalla coscienza alcuni contenuti dell’esperienza, per esempio attraverso sogni ad occhi aperti. Metterle insieme sarebbe un’associazione. La dissociazione peritraumatica o post-traumatica viene descritta dagli interessati come uno “spegnere l’interruttore”, separazione, oppure “collasso delle associazioni legate al contesto” (edidem, pag. 77). La dissociazione in questo caso rappresenta una specie di strategia di sopravvivenza automatica per gestire sensazioni insopportabili di dolore, paura della morte o odio durante situazioni traumatiche. Durante la dissociazione, diversi elementi (comportamento, affetti, reazioni corporee o cognizioni) possono individualmente oppure complessivamente essere separate dalla coscienza. “La dissociazione implica un cambiamento a livello neuropsicologico che fa collassare i collegamenti tra le funzioni. A seguito di una dissociazione indotta dal trauma, si assiste alla creazione di due o più sistemi auto-organizzati che non possono essere integrati nella personalità globale della persona” (Peichl, 2007, pag. 35 sulla base di Matthes, 2006).

I precursori del concetto di mode si trovano numerosi nella letteratura e nella scena terapeutica americana. Molti autori lavorano, in parallelo o collaborando, alle stesse idee di base. Young prende pochi spunti da altre fonti ma collega il suo concetto di mode a diverse correnti di pensiero. Raggruppa quindi diversi concetti base in un concetto inclusivo. Collega le idee degli “stati dell’io” con gli schemi e concepisce una strategia terapeutica multimodale. In questo modo rende la complessità dei diversi influssi rilevanti per il disturbo, comprensibile e maneggevole.

I diversi concetti che fanno da precursore al concetto di mode saranno riassunti in seguito per fornire un primo orientamento. Per eventuali approfondimenti si consiglia la lettura della letteratura originale.

Già Eric Berne (1961) concettualizzò per l’analisi transazionale, gli ego-States e differenzia tra un sè-bambino, un sè-adulto e un sè-genitore (guidato dai genitori). Questo assomiglia al modello psicoanalitico (lui stesso era uno psicoanalista) con le istanze dell’“io”, “super-io” e “es”. Berne (1970) definisce gli stati dell’io come “sistemi coerenti di percezione” accoppiati con una “struttura di comportamento appropriata”. In questo sono inclusi gli atteggiamenti (attitudes), gli stati mentali (state of mind), i sentimenti (system of feeling) e quindi anche il linguaggio del

corpo e i marcatori fisiologici. Secondo Berne diversi Stati dell'io possono attivarsi contemporaneamente. Tutti gli Stati dell'io, anche l'io-bambino, sono visti come preziose parti della personalità con un grande valore per la vita e la sopravvivenza. I comportamenti problematici nascono dal disturbo del "sano equilibrio" tra di loro e attraverso le "esclusioni" e le "fissazioni". Per questo motivo durante la terapia la parte dell'io fino ad allora esclusa deve essere riattivata (Baur, 2006).

Watkins & Watkins (2003) sviluppano il concetto di ego-States differenziandolo ulteriormente. Il loro modello si avvicina molto al concetto di mode proposto da Young. Le diverse "parti dell'io" della personalità (ego-States) si costruiscono durante sviluppo sano del bambino. Viene proposta una differenziazione tra parti sane e non-sane, dove queste ultime hanno la funzione di distrarre dalle emozioni ansiose (funzione di resistenza) o di escludere emozioni insopportabili che attivano ricordi di esperienze traumatiche e che non sottostanno al controllo delle parti sane dell'io. A queste appartengono le introiezioni di aggressori, aiutanti radicali, che spesso rimangono sommersi e che raramente si presentano in forma pura. La suddivisione e la terminologia utilizzata per gli Ego-States si differenzia in parte dalle categorie proposte da Young, pur mantenendo molte similitudini. Accanto alle introiezioni negative si trovano anche Ego-States positivi, amorevoli, amichevoli, nel senso di una buona madre, un padre che protegge o di bravi nonni. Ego-States relativi alle esperienze traumatiche rappresentano il mode del bambino vulnerabile descritto da Young. Portano in essi l'esperienza traumatica nella forma di cognizione, percezione, memoria corporea, l'immagine e impulso all'azione. Separati da questi contesti di aggressione, viene descritto anche lo svalutatore interno, spesso descritto come una fredda voce maschile che svaluta il bambino considerandolo privo di valore e che gli ripete che la vittima prova piacere durante l'abuso e che è addirittura responsabile. Gli Ego-States non "sono altro che una metafora teorica per la descrizione degli stati emotivi interni". Riescono a spiegare qualcosa di riproducibile (Peichl, 2007, pag.45).

Anche in Satir (1975) emergono delle categorie raccolte in pattern che rappresentano forme di comunicazione incongruenti: "l'accondiscendente", "l'accusatore", "il razionale", "il distruttore". Le descrizioni di queste "parti del sé" in parole, pensieri, linguaggio del corpo ed emozioni ricordano il concetto di "stati dell'io" (vedi Baur, 2006).

Hal e Sidra Stone (1995) svilupparono negli anni '70 "The Voice Dialogue Manual". Descrissero le voci interne come parti della psiche che dovrebbero essere riconosciute e concepite come dei diversi personaggi ("il patriarca", "il controllore", "l'istigatore").

Nella terapia della Gestalt (Polster & Poster, 2002) di Fritz Perls si ritrova il lavoro con le sedie come tecnica di dialogo per l'integrazione di diverse parti, che a sua volta si basa sulle tecniche di psicodramma di Moreno (1959). Così nelle dinamiche, per esempio di Top-Dog/Underdog, si rispecchia il modello delle parti antagoniste di Io-Genitore e Io-Bambino.

Il "bambino interno" (Bradshaw, 1994) è un modello per la rappresentazione di sentimenti, ricordi, esperienze, sia positivi che negativi, memorizzati durante l'infanzia. Questo concetto venne in seguito collegato ad altre metafore ("adulto interno", "figura di supporto") come istanze della persona che durante la terapia hanno il compito di farsi carico e di fornire quell'accudimento e consolazione che non hanno ricevuto durante l'infanzia. L'obiettivo è quello di raggiungere e costruire un legame amorevole tra il "bambino interno" e l'adulto che lo contiene. A differenza del "bambino interno" (Chopich & Paul, 1996, Roediger, 2011) che viene considerato quasi come una figura stabile alla quale uno può per esempio scrivere delle lettere (Roediger, 2011, pag. 96), i mode nella Schema Therapy non sono delle "sottocomponenti" stabili, bensì degli "stati funzionali passeggeri". Nella pratica clinica tuttavia, per esempio durante il dialogo con le sedie, il mode bambino verrà sempre indirizzato come una persona separata.

Il concetto multiplo di lavoro con le parti venne recepito in riferimento al lavoro di Milton Erickson (1981) da molte scuole di psicoterapia che hanno coniato diversi termini per descriverle, per esempio: "identità", "parti della personalità", "sub-sè" (Stierling, 1994), "consigliere interno", "stati". Queste concettualizzazioni considerano le persone come esseri multipli "che, anche quando non si trovano in uno stato patologico, sperimentano diverse "anime" o "voci interne" che occasionalmente si accompagnano vicendevolmente nel dialogo" (Baur, 2006). Il moderno lavoro sulle parti delle scuole ipno-sistemiche utilizza un concetto che in un certo senso rappresenta una forma differenziata dell'"inconscio" (Baur, 2006). Questa può sviluppare qualità motivazionali, emotive e vocali. La forma della "parte" dipende più dalla struttura del conflitto presentato dal cliente che dalla teoria del terapeuta. "L'etichettamento delle parti può venire direttamente dal cliente. Sono dei concetti aperti. In questo modo il lavoro con le parti diviene altamente individualizzato e acquisisce un carattere creativo e sperimentale" (Baur, 2006).

In ambito sistemico, Schwartz (1997) formula il concetto della famiglia interna. L'autore lavora sul principio di base di una psiche multipla, simile a quella concettualizzata dalla Schema Therapy nel lavoro sui mode con parti interiorizzate. L'obiettivo del IFS (Internal Family System) è la costruzione di un equilibrio interno nei rapporti tra le singole parti di personalità sotto la guida del sè. Il con-

cetto di sé nel IFS ricalca il mode dell'adulto sano nella Schema Therapy. Le parti "escluse" assomigliano al mode del bambino vulnerabile che viene tenuto lontano dalla coscienza dai propri "manager" (si potrebbe parlare per esempio del mode del protettore distaccato). I "vigili del fuoco" tentano di tenere sotto controllo le "fiammate emotive" delle "parti escluse" ricercando stimoli che possano placare le percezioni dolorose e che possano favorire la dissociazione. In questo caso si potrebbe parlare della strategia di coping di evitamento dell'autoconsolatore distaccato.

Fuori dal contesto clinico, Schultz von Thun (1998) utilizza il suo modello di squadre interne come metafora per descrivere le diverse sfaccettature della persona dove, in modi diversi, si presentano pensieri, sentimenti, impulsi, umori e segnali corporei diretti verso l'interno oppure verso l'esterno. L'obiettivo dell'autoconsapevolezza è quello di raggiungere un equilibrio interno sotto la guida del "capo".

1.2.6 Il modello transazionale di schema e mode

Il modello transazionale parte dal presupposto che in ogni situazione comunicativa, uno schema o un mode di un partner dell'interazione agisce su quello degli altri. Nell'altro si attiverà quindi a sua volta un mode che avrà un effetto sul primo partner stabilizzando, rinforzando (mode-clash) oppure indebolendo il mode attivo. Per semplicità rimandiamo il lettore al seguente esempio per la comprensione del modello transazionale dei mode. Per gli schemi si presenta una situazione analoga.

Un padre reagisce per esempio, nel mode della parte genitoriale punitiva rivolta verso l'esterno, con una dura repressione del comportamento agitato del bambino a tavola. A causa di un'imposizione di regole troppo dura, nel bambino si attiva il mode del bambino arrabbiato e furioso e quindi reagisce rinforzando la provocazione. Il mode del bambino intelligente e competente che riesce a vedere la necessità delle regole e che sarebbe in grado di contribuire a una migliore autoregolazione, viene messo da parte. A causa della intensa reazione di rabbia del bambino si stabilizza e addirittura si intensifica il mode della parte genitoriale punitiva diretta verso l'esterno, cosicché la voce del padre o della madre diventa ancora più aggressiva e la situazione arriva ad un'escalation. Anche nei genitori il mode dell'adulto sano che dispone delle adeguate competenze genitoriali passa in secondo piano. Se questo mode fosse accessibile, i genitori potrebbero facilmente calmarsi dopo l'iniziale reazione di rabbia e spiegare al bambino in tutta calma la necessità delle regole e magari, per prima cosa, dichiarare una tregua.

Con il mode dell'adulto sano, naturalmente, anche la paura, l'agitazione e la rabbia indotte nel bambino dal comportamento non verbale della parte genitoriale punitiva, sarebbero evitate. La risoluzione pacifica e cooperativa del conflitto sarebbe facilitata. La transazione disfunzionale tra mode, in questo caso il rinforzo disfunzionale dei mode (mode-clash) avrebbe potuto essere evitato.

1.3 Il concetto di schemi e di mode della Schema Therapy con bambini e adolescenti

Il concetto di schema-mode nella Schema Therapy si presta molto bene ad essere utilizzato nel lavoro con bambini e adolescenti. Per i bambini il concetto di schema è spesso troppo astratto. I terapeuti non devono per forza discutere con il paziente gli schemi. Sono meno chiari e troppo cognitivi. Il terapeuta dovrebbe tuttavia avere ben chiaro in testa gli schemi, i mode ad essi collegati così come la frustrazioni dei bisogni primari del paziente per poter guidare il processo terapeutico (Roediger, 2011). Spesso è possibile descrivere i comportamenti e le esperienze in termini di mode già con bambini in età scolare. In fondo si tratta solo di un termine che deve essere imparato: mode=stato. Imparando questo nuovo termine l'ego-sintonia viene indebolita. Il bambino può nominare il proprio stato e ha quindi la possibilità di acquisire un certo controllo verbale su di esso sulla base del detto: "pericolo nominato, pericolo riconosciuto". Molti bambini sono orgogliosi quando riescono a "scoprire" e nominare i propri mode. A volte è utile anche utilizzare l'idea di un incantesimo tipo quelli che fa Harry Potter. Il mode è invisibile e non si fa notare, ma grazie all'incantesimo diventa visibile e può, se necessario essere indebolito. Questo tipo di gioco-incantesimo coi mode viene utilizzato volentieri dai bambini. Anche ai terapeuti fa piacere quando i loro piccoli pazienti riescono a riferire in quale mode si trovano.

1.3.1 Denominazione dei mode da parte di bambini e adolescenti

Il concetto di mode distingue in mode bambino, mode genitoriali e i mode di coping così come il mode dell'adulto sano e, nel caso di una terapia con bambini e adolescenti, il mode del bambino competente (nella terapia spesso chiamato bambino "intelligente").

Per quanto riguarda i mode bambino, per prima si procederà a differenziare i mode del bambino vulnerabile, arrabbiato, impulsivo, disregolato e felice. Per l'utilizzo nella psicoterapia con bambini e adolescenti è importante verificare se questi mode si manifestano con una intensità adeguata o meno all'età del bambino e

se non rappresentano semplicemente una manifestazione di un comportamento normale durante lo sviluppo del bambino. Mentre un comportamento ostinato e impulsivo si manifesta spesso in un bambino di tre anni, nel bambino più grande, in età prescolare, ci si può aspettare di trovare lo sviluppo del precursore del “bambino competente” che poco a poco si sostituisce più frequentemente al bambino ostinato. Nel caso di ansia pervasiva possiamo invece supporre che il bambino attivi il modo del bambino vulnerabile e che quindi non sia più in grado di esercitare un'autoregolazione adeguata alla propria età, ma che sia indirizzato nuovamente verso un forte attaccamento ai genitori per ricercare offerte di co-regolazione.

1.3.2 Formazione dei modi di coping in bambini e adolescenti

I cosiddetti modi di coping si prestano già in età infantile per fornire una buona descrizione dei disturbi del comportamento nei bambini. Normalmente i loro precursori si presentano già nel bambino piccolo. Nei modi di coping possiamo già distinguere la modalità di coping associata: resa, evitamento o iper-compensazione. Sono utili per la gestione dei conflitti e per una riduzione della tensione (Roediger, 2011).

Il concetto di modi di coping considera disturbi e sintomi prevalentemente come dei conflitti interni, che originariamente, erano dei conflitti esterni che non hanno potuto essere risolti in maniera soddisfacente (Mentzos, 1986). Questa prospettiva amplia la classica analisi comportamentale dei disturbi e dei sintomi attraverso le variabili legate alla situazione, all'organismo e alle conseguenze. Sia la prospettiva del “conflitto interno” che la prospettiva del controllo esercitato dal contesto sul comportamento attraverso stimoli e rinforzi, possono essere integrate in una trattazione sovra-ordinata della terapia comportamentale. La così chiamata variabile O del classico modello comportamentale SORKC (vedi Zarbock, 2008, pag. 121) fa riferimento a bisogni, piani e infine anche a conflitti interni inconsci. Per riassumere ancora una volta: le reazioni di coping relative a un modo di coping saranno scatenate da stimoli interni o esterni. Di regola, questi stimoli scatenano una reazione emotiva di ansia, tristezza, vergogna, colpa o disgusto sulla base di un condizionamento classico.

La percezione interna di queste reazioni emotive, che può accadere anche in modo subliminale (inconscio) mette in moto il comportamento di coping. Questo comportamento di coping serve solitamente a ridurre l'emozione spiacevole provata. Grazie alla temporanea riduzione dello stato spiacevole, la reazione di coping (per esempio l'esercitazione di una tensione muscolare, la distrazione) verranno rin-

forzate negativamente (nella notazione classica si tratta di un C-). Grazie al sollievo provato, l'utilizzo della reazione di coping viene ricompensata, per questo motivo in futuro la stessa reazione verrà utilizzata più frequentemente.

I mode nella Schema Therapy non sono delle "sottopersonalità" stabili nel senso di "traits", bensì fungono da "stati funzionali passeggeri" (Roediger, 2011) nel senso di "states". Non dovrebbero essere considerati nelle attività terapeutiche e dai pazienti primariamente come degli esseri statici. Tuttavia un mode si attiva individualmente in modo specifico, lo "state" è quindi individualmente tipico (per esempio: "il tipo cool" come manifestazione specifica del paziente di un protettore distaccato).

Per rendere più chiara la prospettiva del conflitto, abbiamo girato di 90° la grafica proposta da Roediger (2011, pag. 101) e l'abbiamo tradotta e ampliata (vedi figura 1.2). La figura dovrebbe rendere chiara la costruzione dei mode, nasconde tuttavia il pericolo di una reificazione dei fenomeni.

Attraverso i processi di introiezione si sviluppano i modi genitoriali, e in casi sfortunati, si sviluppano le parti genitoriali esigenti/punitive che in seguito si trasformano nel "genitore critico interno" (mode criticante) e può essere percepito dalle altre persone. Il bambino sviluppa un mode di coping per ridurre la tensione interna.

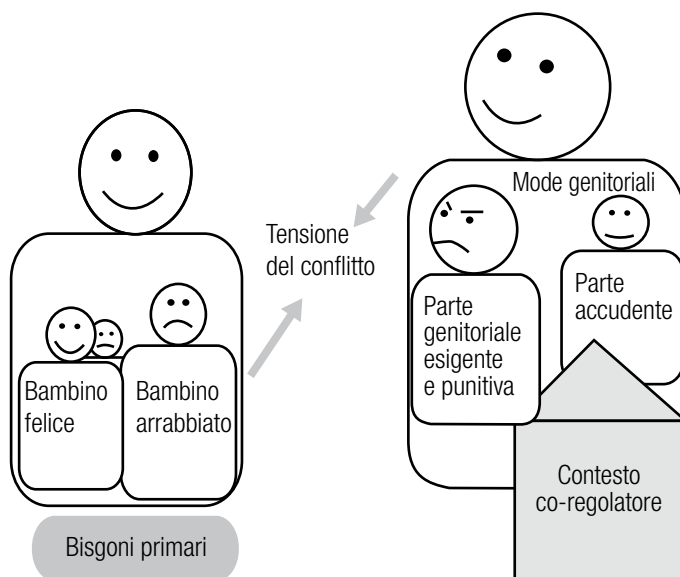


Figura 1.2 Disegno per illustrare inizialmente il conflitto esterno tra il bambino e le aspettative dei genitori con diverse parti bambino e genitoriali

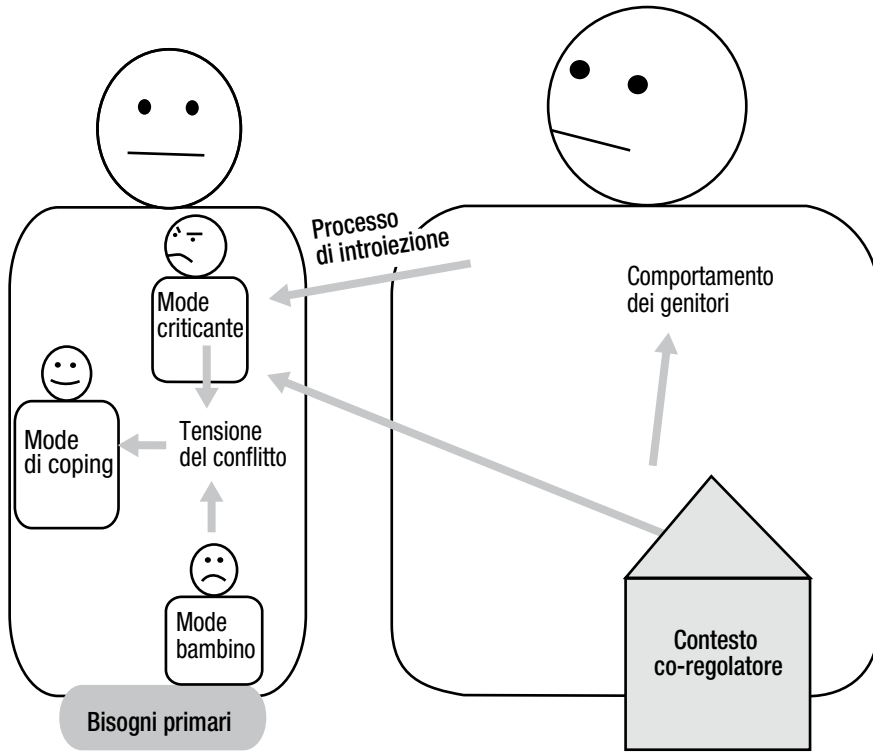


Figura 1.3 illustrazione del link Terry organizzazione in cui parti genitoriali esigente e punitive vengono interiorizzate. In questo modo il conflitto originale esterno si trasforma in una tensione interna che favorisce lo sviluppo di mode di coping.

Riferimento al modello analitico dei conflitti

La concettualizzazione di Roediger sulla centrale tensione patologica tra genitori punitivi e bambino vulnerabile ricorda la posizione analitica del conflitto degli impulsi come base di tutte le nevrosi. L'impulso dell'es (come volontà infantile informe) non riesce a sottostare alle regole rigide del Super-io (norme, minacce). Questo crea una tensione che conduce verso la rimozione del desiderio originale (in Freud: il conflitto di edipo). Questa rimozione, secondo Freud, rappresenta il fulcro di ogni nevrosi.

Il "primo" Freud durante gli studi sull'isteria (diversamente dal Freud "successivo") ipotizzava che la causa originaria della nevrosi non scaturisse dal conflitto

tra il desiderio edipico e il divieto di incesto interiorizzato, bensì ipotizzava l'esistenza di un reale trauma dell'io/ della persona per mano del suo ambiente. Attraverso l'abuso sessuale, che secondo Freud (Freud & Breuer, 1985) si trovava regolarmente alla base di molti disturbi isterici, venivano danneggiati molti bisogni primari del bambino. L'abuso socialmente censurato, tabù, protezione dell'autorità) viene rimosso, ma il disgusto e la rabbia latente conducono poi ai sintomi isterici. Qui risiede il conflitto originario tra un contesto traumatizzante e i bisogni primari del bambino.

Nella Schema Therapy noi utilizziamo il modello dei mode quando alcuni stati del bambino possono essere ben riconosciuti e denominati.

I mode del bambino vulnerabile, ostinato, aggressivo ed evitante possono essere elaborati e identificati come stati ricorrenti. Il modello dei mode offre anche un buon approccio nel caso in cui il paziente mostri anche delle prime proiezioni resistenti attraverso una comunicazione auto aggressiva, o auto/svalutante. Questa dinamica interna sarebbe difficile da concepire in assenza del modello dei mode e risulterebbe ancora più difficile elaborarla terapeuticamente insieme al paziente. La genesi del conflitto può essere capita con l'utilizzo del modello dei mode nel seguente modo: quando i genitori punitivi e abusanti vengono interiorizzati e quando la comunicazione esterna diventa una comunicazione interna, i genitori esigenti/ punitivi interiorizzati possono scagliarsi contro i bisogni infantili e fomentare nel bambino grandi sensi di inferiorità e insicurezza. Un'interiorizzazione violenta di questo tipo dovrebbe sempre essere presa in considerazione durante lo sviluppo infantile all'interno dello sviluppo sociale, emotivo e cognitivo del bambino.

Possiamo chiarire i conflitti anche attraverso il modello dei 18 schemi e dei loro precursori nell'infanzia. A volte, nel bambino in età prescolare, ma sicuramente nel bambino in età scolare, lo sviluppo cognitivo ed emotivo dovrebbe essere già talmente differenziato che possiamo dare per scontata la presenza di precursori sostanziali e in alcuni casi addirittura di schemi già definiti.

Il piccolo paziente vede la realtà attuale alla luce delle precedenti mancanze, iper-accudimento, manifestazioni violente o vittimizzanti. Attraverso lo schema attuale attivato (per esempio abbandono, abuso) il passato traumatico diventerà attualizzato nel presente. A questo il paziente reagisce con una resa, evitamento o iper-compensazione disfunzionale. Rimane quindi preclusa al proprio sviluppo la possibilità di vivere l'oggi come un altro giorno. Le soluzioni di emergenza infantili ("vecchia strada" nella figura 1.4) risultano oggi, nel bambino più grande

o nell'adolescente, essere obsolete. I vecchi aguzzini sono stati indeboliti oppure il bambino ha sviluppato nel presente sempre maggiori potenziali possibilità di supporto e azione per far sì che si possa sempre più frequentemente decidere per la "nuova strada" e non sentirsi in questo modo così "spacciato" come in passato. Il paziente potrebbe oggi, nel suo "mondo", trovare un modo per raggiungere la soddisfazione dei propri bisogni, se imparasse a confrontarsi col mondo in maniera diversa.

Rimane nascosto anche il fatto che il paziente continua a ricostruire il proprio miserevole bambino di una volta, tutte le volte che interpreta gli schemi precedenti e si comporta come se questi fossero veri. L'attivazione degli schemi stessi (modalità di coping: resa) oppure le reazioni di coping scatenate (evitamento o iper-compensazione) potrebbero con alcuni partner di interazione addirittura richiamare il comportamento che conferma questi schemi.

I terapeuti della Schema Therapy provano sempre a individuare lo schema che si nasconde dietro un particolare comportamento. Nella modalità di coping di resa, lo schema è spesso molto evidente in quanto si trova sulla superficie e si mostra apertamente. Nelle modalità di coping di evitamento (lo schema non si attiva perché viene completamente evitato oppure le emozioni ad esso connesse sono velocemente placate) o di iper-compensazione (lo schema si manifesta con una modalità di comportamento contrario, per esempio attaccare invece di avere paura), il terapeuta dovrà per prima cosa ricercare quale schema si nasconde dietro la reazione di coping. Questo può avvenire grazie ad una comprensione completa dei mondi infantili, empatia e la comprensione della storia individuale del paziente (fattori di rischio). Nel momento in cui lo schema è sufficientemente "liberato" i terapeuti guidano il paziente attraverso un ponte affettivo ("dove hai imparato questa emozione?") verso la situazione originaria o almeno verso una situazione chiave oppure un esempio che caratterizza il (mini) trauma nella memoria. Durante una rappresentazione immaginativa i bisogni bloccati, frustrati, traumatizzati verranno riconosciuti come legittimi, normali, leciti e verranno simbolicamente (immaginazione) o anche parzialmente nella realtà (per esempio attraverso gesti terapeutici, durante il gioco oppure attraverso oggetti di transizione) soddisfatti.

1.3.3 Rapporto con le modalità di coping di bambini e adolescenti

Alla costruzione dei mode di coping, attraverso l'influenza di valutazioni interiorizzate, sono connesse anche emozioni secondarie per esempio vergogna, colpa, orgoglio, gelosia, invidia, meraviglia, gratitudine e rispetto (Roediger, 2011, pag. 104).

Il vissuto del mode bambino rappresenta invece le emozioni di base, primarie, pre-cognitive come descritte da Greenberg et al. (2003, come Roediger, 2011), e quindi rabbia, tristezza, paura, disgusto, sorpresa, gioia.

Scelta del mode di coping. La scelta di un determinato mode di coping dipende fortemente dal temperamento, la costituzione, la sensibilità corporea (per esempio stanchezza, suscettibilità alle infezioni), dal modello dei genitori, e dall'orientamento fisiologico momentaneo dell'organismo. Questo, secondo il sistema nervoso vegetativo presuppone delle tendenze di reazione che possono essere orientate verso l'interno oppure aggressivamente verso l'esterno. L'attivazione parasimpatica inibitoria serve per l'avvicinamento orientato all'attaccamento, l'attivazione simpatica prepara l'organismo alla lotta oppure alla fuga. Per una descrizione dettagliata dei processi fisiologici e per le ipotesi su base biologica evolutiva consigliamo Roediger (2011, pag. 36). La scelta perlopiù inconsapevole di una modalità di coping acquisisce durante lo sviluppo una sempre maggiore dimensione interazionale. Il bambino attiva nelle sue persone di riferimento sempre più frequentemente il mode che provoca il maggior effetto (apprendimento operante). Durante il successivo sviluppo, bambini e adolescenti utilizzano i mode che risultano adatti per sollecitare esperienze relazionali conosciute (Roediger, 2011) in accordo col concetto psicodinamico della "coazione a ripetere" (per esempio Loch, 1989; Thomae & Kaechele, 1985).

Nella terapia, si parte con l'assunto che dietro le emozioni secondarie, così come dietro i mode di coping, si trovano emozioni primarie. Già nei bambini vediamo cambiamenti repentini dal mode vulnerabile ad una reazione secondaria che vuole contrastare o svalutare l'emozione dolorosa originaria. Una panoramica sulle dinamiche delle emozioni e dei bisogni può essere trovata in Zarbock & Zens (2011). Anche i meccanismi di difesa conosciuti della psicoanalisi ci ricordano queste dinamiche.

Emozioni primarie e secondarie. La seguente classica domanda terapeutica dovrebbe aiutare i pazienti a individuare le proprie reazioni primarie: "quale emozione era avvertita nella situazione prima che apparisse il senso di colpa o questo impulso di vendetta?". La tabella 1.8 differenzia tra emozioni primarie e secondarie (secondo Greenberg et al. 2003, citato in Roediger, 2011).

Tabella 1.8 Emozioni primarie e secondarie

Emozioni primarie (emozioni di base)	Emozioni secondarie (emozioni sociali)
Rabbia Tristezza Paura Disgusto Sorpresa Gioia	Vergogna Colpa Orgoglio Gelosia; invidia Meraviglia Gratitudine Rispetto

La differenza tra emozioni primarie e secondarie diventa chiara attraverso la seguente domanda: il paziente è venuto al mondo con queste emozioni secondarie? (Roediger, 2011). L'obiettivo della Schema Therapy è quello di dare voce alle emozioni frequentemente inconsapevoli, di favorire nuove valutazioni, di attivare delle modalità di coping e di auto-accudimento competenti. Roediger (2011) parla della "liberazione" del bambino vulnerabile dal conflitto con i genitori esigenti/punitivi. Per questo le parti accudenti dei genitori reali così come il bambino competente verranno rafforzate mentre le parti genitoriali negative saranno indebolite (vedi figura 1.4).

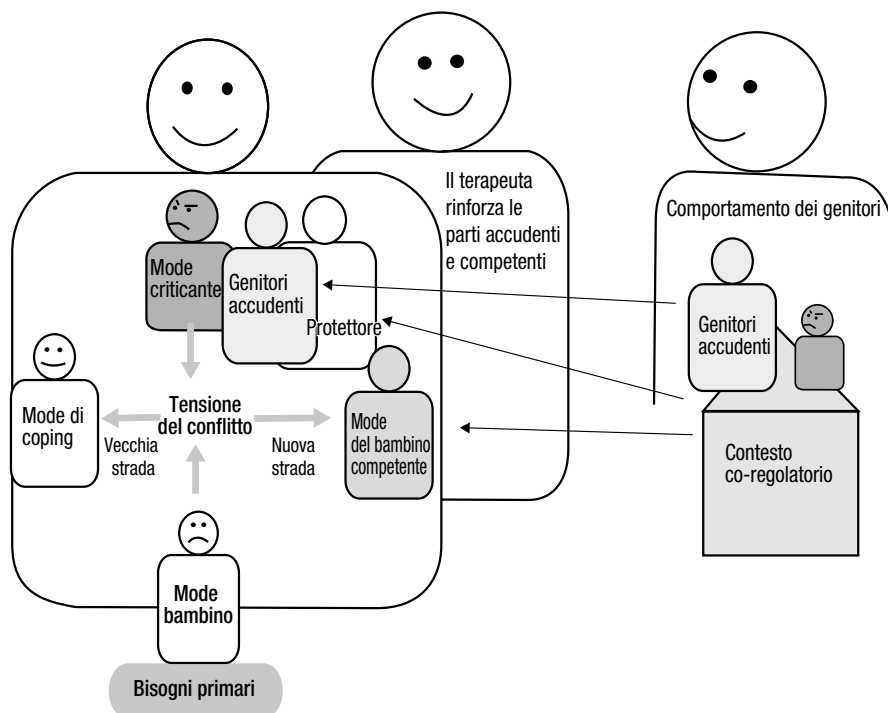


Figura 1.4 Rappresentazione per il rinforzo delle parti accidenti e competenti e indebolimento delle parti esigenti e punitive

Mode di iper-compensazione

Nell'età evolutiva troviamo mode di iper-compensazione che si manifestano prevalentemente attraverso un comportamento oppositivo nei confronti di norme e regole. Per questo motivo i mode del vessatore e dell'aggressivo (bully & attack) sono molto marcati nei bambini con disturbi del comportamento di tipo antisociale. Anche i bambini con disturbi del comportamento sociale possono essere ben descritti con questo mode. Consideriamo la presenza di un mode di iper-compensazione quando attraverso il comportamento aggressivo il bambino tenta di gestire un sentimento primario di paura oppure un senso di frustrazione in cui deve ristabilire rapporto stima. Nel caso d'impulsività o di rispetto deficitario delle regole, andremmo ad ipotizzare una manifestazione marcata del mode del bambino impulsivo e indisciplinato non congrua con l'età del bambino. Grazie a questi spunti potremmo facilmente differenziare in bambini e adolescenti i mode compensatori dal mode del bambino impulsivo e indisciplinato.

Mode di evitamento

Troviamo dei mode di evitamento in tutti quei bambini che più o meno attivamente evitano situazioni sfidanti o ansiogene con una mancanza di voglia o manifestando disagio. Questo può essere il bambino socialmente ritirato (il classico pantofolaio) così come il bambino che cerca e trova conforto nella sovralimentazione o in un utilizzo massiccio del computer. Anche qui tenteremo di trovare il mode del bambino vulnerabile che si nasconde dietro il mode di coping. Spesso questo risulta possibile con una validazione delle massicce frustrazioni dei bisogni, delle paure e della mancanza di autostima che possono essere affrontate terapeuticamente. Per distinguere se si tratta di un mode di coping oppure di un mode del bambino vulnerabile, spesso risulta efficace utilizzare il criterio della "temperatura emotiva" del comportamento. Un mode di coping risulta essere più "freddo" e disinteressato mentre i mode del bambino vulnerabile appaiono più "caldi" come manifestazione di uno stato di emergenza.

Mode di resa

Il mode della sopportazione o della sottomissione appare evidente quando il bambino si sente in balia di figure genitoriali vissute come minacciose, del sistema familiare o anche del gruppo dei pari. In questi bambini non di rado troviamo massicce manifestazioni psicosomatiche quali mal di pancia, nausea e vomito,

così come i precursori precoci di disturbi depressivi (per esempio: tristezza irritable, instabilità emotiva, disturbi del sonno, calo delle prestazioni) fino a fantasie o addirittura tentativi di suicidio.

All'interno di una comprensione dimensionale, i mode di coping non sono di per sé disfunzionali, bensì dipendono dalla loro intensità (Roediger, 2011, pag. 100). Un sano grado di sottomissione consente infatti anche la capacità di accettare richieste o consigli, di sopportare le frustrazioni, di rinunciare, di adattarsi. Per alcuni pazienti quindi il raggiungimento di un adeguato grado di sottomissione per il raggiungimento di un adattamento funzionale, può essere un obiettivo terapeutico. "L'obiettivo della terapia è quello di utilizzare le tendenze funzionali del mode di coping sotto la guida dell'adulto sano (o del bambino competente) in modo che possano essere utilizzate e dosate in modo flessibile e adatto alla situazione (ebidem, pag. 100).

Mode genitoriali

La parte genitoriale esigente o punitiva. I cosiddetti mode genitoriali nel concetto di mode con gli adulti, nella terapia di bambini e adolescenti si concentrano principalmente nel mode del genitore punitivo o esigente. Nell'ultimo caso ci si riferisce alla voce criticante o esigente di una parte interiorizzata dal paziente che lo svaluta e lo critica.

Negli adolescenti, ma anche in bambini di età scolare, possiamo riconoscere chiaramente questo tipo di introiezione. Inoltre, in bambini con una storia di migrazione si possono trovare anche mode stereotipati che svalutano sulla base del genere, per esempio quando le bambine si vivono come fundamentalmente inferiori e prive di valore rispetto ai maschi. Proprio durante la pubertà possiamo bene concettualizzare attraverso la Schema Therapy alcuni tipici conflitti. Partiamo dall'assunto che le parti intrapsichiche genitoriali (incluse altre importanti persone di riferimento, oppure la rappresentazione delle aspettative scolastiche) punitive e esigenti agiscono sul mode del bambino vulnerabile e impotente (che invece avrebbe bisogno di amore e riconoscimento). Le tensioni così indotte nell'individuo scateneranno poi dei tentativi di gestirle attraverso, per esempio, un mode di iper-compensazione, spesso nella forma di una protesta aggressiva.

Parte genitoriale accudente. Il mode della parte genitoriale accudente si riferisce all'introeiezione di un senso di sicurezza e degli aspetti di guida propri dei ge-

nitore, insegnanti o altre persone di riferimento. Queste parti genitoriali "buone" potrebbero diventare per il bambino degli accompagnatori protettivi e rinforzanti e, durante la terapia anche attraverso l'immaginazione, essere consolidate come eroi e aiutanti interni.

Durante la terapia di bambini e adolescenti, non chiamiamo per forza questa parte "mode genitoriale" per mantenerla libera da possibili associazioni negative.

Protettore coinvolto. Allo scopo di rafforzare l'enfasi sull'autonomia, protettori, amici e eroi sono concettualizzati nel mode del protettore coinvolto. In alcune circostanze qui può trovare posto anche l'inserimento di alcune credenze e percezioni religiose o spirituali.

Collegamento del contesto nel modello dei mode

Nel modello di mode sopra presentato, l'influenza del contesto viene particolarmente evidenziata dal fatto che nel bambino competente, il contesto esterno e co-regolante (genitori, persone di riferimento, ma anche regole, valori e norme delle istituzioni sociali) può filtrare nel mode. Questo significa che il bambino competente ha ancora frequentemente bisogno di essere supportato dal contesto attraverso una co-regolazione, in quanto le competenze del bambino a volte non sono ancora sufficientemente stabili o definite nei loro confini. In questo caso si presenta la necessità di un rispettoso ("solo quanto basta", validazione dei tentativi autonomi del bambino) supporto dei tentativi di regolazione autonoma.

Lo stesso vale per le introiezioni esigenti o punitive (genitori esigenti o punitivi) che sono spesso ancora strettamente collegate ad alcuni ripetuti, e spesso cronici, comportamenti negativi reali dei genitori o di altre persone di riferimento. Questo stretto collegamento con il contesto, viene tenuto in considerazione nel modello dei mode, utilizzato nell'ancora mutevole traiettoria di sviluppo di bambini adolescenti.

Le seguenti tavole dei mode (Tabella 1.9 / 1.11) sono state adattate da Lobbestael et al. (2007) e arricchite attraverso l'esperienza di lavoro con bambini e adolescenti. Abbiamo inoltre evidenziato in corsivo i titoli per consigliare alcune denominazioni di mode che possono essere utilizzati nella terapia.

Tabella 1.9 Tavola dei mode: mode bambino

Mode Bambino	
Essere ferito	<p>Il bambino vulnerabile: <i>il tormentato, il ferito, il mortificato</i> Bambino solo oppure triste e abbandonato Bambino abusato o maltrattato: impaurito, perso, indifeso, impotente, senza valore Bambino dipendente: insicuro, sopraffatto dalle richieste L'essere triste e ferito come componente interiorizzante</p>
	<p>Il bambino arrabbiato o furioso: <i>l'arrabbiato, il furioso</i> Il bambino è frustrato in quanto i suoi bisogni primari non sono soddisfatti oppure perché i suoi desideri non sono adeguatamente limitati, si scatenano quindi delle crisi di ostinazione. Il bambino grida e in casi estremi è completamente fuori controllo ed eventualmente distrugge cose o ferisce se stesso o gli altri. L'essere ferito e arrabbiato come componente esternalizzante</p>
Mancanza di disciplina	<p>Il bambino impulsivo: <i>l'irriverente, l'incontrollabile, l'irrefrenabile</i> Il bambino ha una tendenza verso azioni impulsive e sconsiderate per la soddisfazione dei propri interessi senza tenere in considerazione le altre persone o le conseguenze negative. Ha delle difficoltà a rinunciare alla soddisfazione immediata dei propri desideri per poter raggiungere degli obiettivi più consistenti.</p>
	<p>Il bambino indisciplinato: <i>lo svogliato, il godereccio</i> I compiti noiosi o di routine non possono essere completati, compiti o richieste difficili non saranno nemmeno iniziate. Il bambino lascia velocemente, si impegna poco e non ha resistenza.</p>
eccesso di "vizi"	<p>Il bambino viziato o egoista: <i>il principe viziato, il piccolo re,</i> diversamente dal bambino maleducato, indisciplinato o impulsivo, è abituato al fatto che tutti i suoi desideri saranno soddisfatti. Per questo è naturalmente arrogante e si stupisce quando le altre persone non soddisfano le sue aspettative.</p>
Felicità	<p>Il bambino felice: <i>happy child</i> Il bambino è sereno, si sente amato e di possedere un valore, si sente legato agli altri, sicuro, capace di entrare in contatto in modo spontaneo, giocoso, efficace e resiliente in quanto i suoi bisogni primari sono soddisfatti. Altre qualità: allegro, scatenato e buffo</p>

Tabella 1.10 Tavola dei mode: mode genitoriali o dei pari

Mode genitoriali (o dei pari) disfunzionali	
Indirizzati verso l'interno	Parte genitoriale/ dei pari punitiva: <i>l'auto punitore, il carnefice, il masochista</i> Voci interiorizzate di genitori o del gruppo dei pari che puniscono il bambino, lo svalutano. Tono di voce duro, svalutante e mortificante: "sono una merda!"
	Parte genitoriale/ dei pari esigente: <i>il promotore, l'istigatore, l'esigente</i> Parte interiorizzata esigente; costruisce degli standard troppo elevati, non si sente mai abbastanza, non trova pace; deve diventare ancora meglio. Gli altri appaiono spesso più importanti e migliori
	Mode genitoriali (o dei pari) disfunzionali
Indirizzati verso l'esterno	Parte genitoriale/ dei pari punitiva: <i>il punitore, il critico, il fustigatore, il terminatore, l'avanzo di galera</i> Non si fa problemi a costringere gli altri ad abbracciare la propria prospettiva, Per esempio ad utilizzare la violenza o a lanciarsi in una lotta contro le ingiustizie del mondo, per la morale e la sopravvivenza della classe, dell'associazioni, della comunità o della società; accusa gli altri, li giudica moralmente.
	Parte genitoriale/ dei pari esigente: <i>il promotore, l'istigatore, il missionario</i> esige meno diritti e più doveri per tutti, conosce più di 1000 regole, si mostra furbo ma quando è da solo non sottostà alle norme; non ha rispetto per gli altri; li svaluta e si innalza sopra la loro inadeguatezza.

Berbalk introduce la differenziazione tra i mode genitoriali disfunzionali indirizzati verso l'interno (verso se stessi) e quelli indirizzati verso l'esterno (verso le altre persone). Il mode auto accusatorio può in un brevissimo tempo (per esempio in pazienti con disturbo borderline) cambiare da un atteggiamento duramente accusatorio, per esempio nei confronti del terapeuta, in un atteggiamento aggressivo verso se stessi per esempio nel mode di auto-svalutazione e autolesionismo (Roediger, 2011).

Tabella 1.11 Tavola dei mode: mode del bambino competente

Mode del bambino competente	
Aiutanti e protettori interiorizzati	<p>Mode del bambino competente: <i>l'intelligente, il competente</i> Il bambino sperimenta un senso di auto efficacia e fa esperienza di autodeterminazione. Ha una capacità adeguata alla sua età di tollerare le frustrazioni, rimandare la soddisfazione di bisogni, di autodeterminarsi verbalmente; tiene in considerazione e utilizza le regole, le norme e valori.</p>
	<p>Mode della parte genitoriale accidentente interiorizzata: <i>l'accudente, il responsabile, il protettore</i> Il re si occupa di se stesso come una parte genitoriale buona. Non la vive ancora come un'auto regolazione ma ancora come una chiara guida interna di supporto e conforto. Supporta il mantenimento dell'attaccamento anche in assenza della persona di riferimento.</p>
	<p>Mode del protettore interno: <i>l'amico interno, il socievole</i> Il bambino si rivolge alle proprie istanze interne alla ricerca di supporto. Guadagna la propria autonomia attraverso l'immagine fantastica di qualcuno che lo protegge, guida e conforta</p>

Secondo l'esperienza degli autori già dall'età di 2 anni si possono osservare nei bambini i precursori delle modalità di coping che in base al temperamento e al successo delle interazioni, diventano facilmente delle abitudini e quindi si trasformano in una parte/mode facilmente utilizzabile. I bambini di 2 anni di età già reagiscono per esempio a un pianto dimostrativo o all'offesa di un compagno con riguardo e rinforzano quindi il pattern disfunzionale. Possono anche già simulare un'emozione anche se non sono ancora in grado di distanziarsi da emozioni troppo forti negli altri.

I trigger sono originariamente delle piccole frustrazioni che non vengono normalmente prese sul serio dalle persone di riferimento o dagli altri bambini. In seguito si presenta il bambino vulnerabile. Nel caso di genitori poco attenti si arriva al rifiuto dell'emozione attraverso l'utilizzo di una modalità di coping. I veloci cambiamenti di mode vengono spesso esercitati e rinforzati da genitori poco sicuri o accondiscendenti, i quali poi, nel lungo termine, soffrono e reagiscono distanziandosi ulteriormente. Per il bambino il cambiamento da una emozione primaria a una modalità di coping (per esempio: essere offeso) avviene in maniera inconscia. Lui sente che "essere offeso" è l'emozione giusta. **Mode genitoriali (o dei pari) disfunzionali.** Questo tipo di mode verrà vissuto con delle cognizioni che lo giustificano. L'adulto naturalmente non conosce la fonte di questo mode, lo sente come assolutamente necessario ed ego-sintonico.

Le reazioni rabbiose degli adulti lo feriscono. Reazioni troppo accondiscendenti o di sottomissione, lo rinforzano.

All'inizio della terapia i bambini spesso mostrano solamente il loro lato migliore, i loro bisogni oppure le loro lamentele sugli altri. Questo spesso fa arrabbiare i familiari che cominciano a pensare che il terapeuta stia dalla parte del bambino fino a quando non dimostri di vedere e comprendere il suo pattern comportamentale snervante.

Nella tabella 1.12 sono elencati i mode di coping più frequentemente utilizzati da bambini e adolescenti. Per ogni mode, verranno forniti a titolo esplicativo alcuni esempi dalla terapia.

Tabella 1.12 Tavola dei mode: mode di coping disfunzionali

Modalità di coping disfunzionale: resa	
Resa	<p>Il rassegnato: <i>il congelato, il sottomesso</i> Passivo, sottomesso, ubbidiente, si lascia deridere, maltrattare prendere in giro senza opporre resistenza. Capitolazione o sottomissione.</p> <p>L'accattivante: <i>l'adattato, il viscido, il servitore, quello che segue la corrente</i> Si sottomette attivamente, tenta di accattivarsi la simpatia, ricerca gli altri "forti" per sentirsi forte.</p>
Modalità di coping disfunzionale: evitamento	
Evitamento	<p>Il protettore distanziante: <i>il "cool", Mr. Spock, Dr. Cool, il protettore distaccato</i> Si protegge dal dolore attraverso la distanza emotiva. Le emozioni appaiono bloccate, non instaura alcun contatto con le altre persone, mantiene un atteggiamento disinteressato, le proposte di supporto da parte degli altri vengono rifiutate, l'azione acquista un tono robotico, viene anche descritto come senso di vuoto o noia.</p> <p>Il protettore dissociato: <i>l'ipnotizzato, l'assente, il sognatore, il protettore distratto</i> Il bambino appare psicicamente assente, perso nei sogni, non riesce da solo a tornare alla realtà, deve essere energicamente attivato o richiamato ad alta voce; sembra ipnotizzato; non mostra alcuna sofferenza.</p> <p>Il bambino regressivo: <i>il bebè, il bambinone</i> Questo bambino si mostra incompetente e piccolo, incapace, per gestire le richieste ricerca aiuto, nega oppure si rifiuta di svolgere delle mansioni anche se già in grado di farlo.</p>

	<p>Il protettore lamentoso: <i>l'accusatore, il disturbatore, il piagnucolone, il malaticcio, quello che sta a casa, il pantofolaio</i></p> <p>Il bambino si lamenta spesso per problemi fisici, per i problemi degli altri, per le ingiustizie a scuola, a casa o nel mondo, si mostra sotto pressione eventualmente prova dei dolori diffusi oppure si ritira offeso ("sono sempre colpevole!"). Ricerca attivamente errori negli altri per evitare di vedere i propri oppure per evitare di provare le profonde emozioni del bambino vulnerabile.</p>
	<p>Il protettore arrabbiato: <i>il nervoso, il criticone, quello che tiene le distanze</i></p> <p>Il bambino chi è legge altri a distanza manifestando rabbia verso le persone, si lamenta aggressivamente delle altre persone o delle circostanze quando invece dovrebbe parlare dei propri problemi o difficoltà. La rabbia non sembra "vera" bensì solo un mezzo per tenere gli altri sotto pressione oppure a distanza.</p>
	<p>Il consolatore o stimolatore distanziante: <i>il distrattore, il patito di internet, l'appassionato di giochi di ruolo, lo scurrile, il MacDonald freak</i></p> <p>Spegne tutte le emozioni concentrandosi su cose che lo rilassano oppure lo stimolano, per esempio attraverso comportamenti di dipendenza, giochi col computer, abbuffate di cibo, televisione, negli adolescenti eventualmente anche con l'utilizzo di alcol e droghe così come promiscuità sessuale; eccessivo consumo di pornografia, giochi d'azzardo, sport rischiosi; si protegge dagli altri attraverso un comportamento scurrile o disgustoso, si atteggiava in maniera provocatoria per arrivare all'esclusione dai rapporti sociali.</p>
	<p>Il protettore iperattivo: <i>l'intrigante, il maniaco, quello che viaggia a velocità sostenuta, quello che ricerca eccessivamente un contatto, l'affascinante, il cercatore di attenzione, il protettore iperattivo</i></p> <p>Il bambino evita le emozioni negative prestando un'eccessiva attenzione al proprio contesto; sembra un vulcano di idee e non si stanca di mostrarle a tutti. Ricerca costantemente nuove stimolazioni, agisce in modo frettoloso, appare gioioso ma anche facilmente irritabile.</p>

<p>Modalità di coping disfunzionale: iper-compensazione</p>	
<p>iper-compensazione</p>	<p>Il bambino oppositivo/ostinato: <i>il lunatico, il ribelle, il manipolatore cocciuto, il re ostinato</i></p> <p>Il bambino si comporta in maniera ribelle mostra la "spalla fredda" nella speranza di mettere gli altri sotto pressione ("io voglio che gli altri si preoccupino, che si sentano impotenti oppure in colpa").</p> <p>Il dominante: <i>il tiranno, il dominatore, quello che non scende a compromessi</i></p> <p>Il bambino vuole sempre decidere e contesta le regole dei genitori, comanda il gruppo dei pari si mostra determinato e pseudo autonomo; sembra che si diverta a farlo; non appare mai vulnerabile, al contrario: dimostra a tutti la propria forza e il proprio potere.</p>

Iper-compensazione	<p>Il perfetto: <i>Mr. Perfect, il saputello, quello che sa fare tutto</i> Il bambino tenta di proteggersi da presunte o reali minacce quali critica, sfortuna o colpa, aumentando il suo stato di allerta ed esercitando un estremo controllo; si mette da solo sotto pressione.</p>
	<p>Il controllore compulsivo: <i>Johnny Controlletti, il Control-Freak</i> Tutto deve essere controllato, tutto deve rimanere sotto controllo, si sente responsabile per tutto, si lamenta poi per il troppo lavoro e il disordine.</p>
	<p>L'elevazione narcisistica: <i>il re, il migliore, il boss, l'infallibile</i> Si comporta come se godesse di diritti speciali; altri sono mediocri. Partecipa alle sfide, si ritiene grandioso, mostra un marcato egocentrismo, poca empatia per gli altri, desidera l'ammirazione degli altri oppure si loda solo.</p>
	<p>Il drammatico (istrionico): <i>l'esageratore, l'attore</i> Ricerca attenzione e affermazione: interagisce e si comporta in modo drammatico tuttavia appare superficiale e appariscente, negli adolescenti può essere anche seducente.</p>
	<p>L'intimidatore: <i>l'umiliatore, quello che sottomette</i> Fa paura agli altri bambini perché li sottomette e li utilizza per i propri scopi eventualmente anche solo per il proprio divertimento, per scacciare la noia, possono esserci dei tratti sadici.</p>
	<p>L'impostore: <i>l'ingannatore, il truffatore</i> Nel modo dell'impostore, il bambino si mostra in un particolare modo agli altri per raggiungere i propri scopi; dice delle bugie e con queste si mette in mostra.</p>
	<p>L'aggressore (bully & attack), il vessatore: <i>il rabbioso, il gangster, il boss, il provocatore, il vendicatore</i> Gli altri vengono derisi, presi in giro, vessati o minacciati; eventualmente il bambino attacca gli altri per provocare lo stesso dolore che lui stesso ha provato.</p>
<p>Il distruttore: <i>il killer, il barbaro</i> Si tratta di distruggere, rovinare, annientare a sangue freddo, a partire dalla prima adolescenza fino ad arrivare ad uccidere. Questo è il modo degli psicopatici e dei comportamenti antisociali.</p>	

1.3.4 Il comportamento di schemi e mode

Gli schemi in prima battuta possono essere descritti come una forma perdurante di modelli di esperienza personale (“tema di vita centrale, centrale leitmotiv”) che si costruisce attraverso ripetute esperienze (negative) e che successivamente inizia ad attivarsi anche grazie a una parziale stimolazione sotto soglia. Possiamo descrivere i mode invece come “degli stati personali momentanei” (Berkalk & Kempkensteffen, 2000) in cui

Tabella 1.3 Schemi, bisogni primari e mode (sulla base di Roediger, 2011; Grawe, 1998; Young et al., 2005)

	Schema	Dominio	Bisogno Primario (frustrato)	Mode più frequente
1	Deprivazione emotiva	Separazione e rifiuto	Attaccamento	Bambino vulnerabile o bambino arrabbiato
2	Abbandono/instabilità			
3	Sfiducia/abuso			
4	Isolamento			
5	Inadeguatezza/vergogna			
6	Fallimento/mancanza di successo	Compromissione dell'autonomia e della performance	Autonomia e autoefficacia	Bambino vulnerabile o bambino arrabbiato
7	Dipendenza/incompetenza			
8	Vulnerabilità al pericolo e alle malattie			
9	Invischiamento/sè poco sviluppato	Compromissione nella gestione dei limiti	Identità/struttura/limiti	Bambino indisciplinato
10	Pretese/grandiosità (essere speciale)			
11	Mancanza di autocontrollo/disciplina	Senso di estraneità	Autostima, riconoscimento, autonomia, autodeterminazione	Sottomissione (con genitori esigenti interiorizzati)
12	Sottomissione			
13	Auto-sacrificio			
14	Ricerca di approvazione e conferma			
15	Inibizione emotiva	Eccessiva allerta e inibizione	Spontaneità, gioco, gioia	Compensazione/evitamento (con genitori punitivi interiorizzati)
16	Standard elevati/ipercriticismo			
17	Negatività/pessimismo			
18	Tendenza alla punizione			

le emozioni primarie attivate dallo schema si combinano con emozioni secondarie (emozioni come reazione alle emozioni primarie), con motivazioni (interne o esterne) guidate dall'attenzione così come con atteggiamenti corporei, pattern di attivazione e modalità di azione con lo scopo di gestire le emozioni e arrivare a una riduzione dell'incoerenza ("protezione dell'identità").

Un mode è quindi sempre una modalità specifica e momentanea di "essere nel mondo" che si attiva come risposta ad una situazione che rappresenta una sfida interna o esterna.

Secondo la psicologia dello sviluppo, le attivazioni frequenti, pregnanti e croniche di determinati mode creano le basi sulle quali si forma la personalità. Totalmente in linea con il significato originale della parola "persona" (dal latino:

maschera), i mode altro non sono che le “facce” che abitualmente decidiamo di indossare in risposta agli stimoli del nostro contesto per giocare il nostro ruolo nel teatro della vita.

Nella tabella 1.13 sono mostrate le connessioni tra schemi, domini, bisogni primari frustrati e possibili mode. In questo caso il termine dominio descrive un gruppo di schemi che probabilmente derivano da una frustrazione di bisogni simili. Gli schemi sono una differenziazione più fine di ogni dominio.

1.4 Particolarità della Schema Therapy legate all'età evolutiva

In questo paragrafo vogliamo parlare di cinque fasi evolutive in bambini e adolescenti nella prospettiva della psicologia dello sviluppo e della Schema Therapy, le stesse saranno poi approfondite nei capitoli dal 2 al 6. Tuttavia per fornire al lettore già adesso una panoramica circa la prospettiva della Schema Therapy nelle diverse fasi evolutive, abbiamo preparato un breve riassunto.

1.4.1 Neonati e bambini piccoli dagli 0 ai 3 anni

Per questo gruppo di età, la Schema Therapy può per prima cosa far luce sull'attivazione di schemi nei genitori, su come durante l'interazione genitore-bambino si arriva all'attivazione di schemi nei genitori malgrado la creazione di questi schemi sia avvenuta molto prima nella storia di vita dei genitori stessi. Inoltre si possono già osservare come gli schemi si formano, in quanto i genitori, nell'interazione genitore-bambino, possono soddisfare, frustrare o addirittura danneggiare in maniera traumatica i bisogni primari nel figlio.

Nella fascia d'età dagli 0 ai 3 anni fattori quali il temperamento del bambino e il suo patrimonio genetico giocano un ruolo molto importante. La Schema Therapy offre la possibilità di illustrare meglio l'interazione tra fattori di temperamento, difficili situazioni pre- o perinatali e i successivi sviluppi compensatori o aggravanti.

Per quanto riguarda l'attivazione di mode, nei genitori si possono attivare mode genitoriali esigenti oppure criticanti/punitivi diretti sia all'esterno che all'interno. Dall'altra parte i genitori possono anche ritrovarsi nei mode del proprio bambino vulnerabile (interno) nel caso in cui si sentano sopraffatti o feriti. In questo caso, si possono velocemente presentare i mode del bambino arrabbiato e furioso. Non di rado queste tipiche situazioni di stress (per esempio quando il bambino piange incessantemente) possono condurre verso una derealizzazione (detached protector) che causa un freddo distanziamento, sensibilità deficitaria,

manca di rispecchiamento fino ad arrivare anche a sentimenti e azioni aggressive rivolte verso il bambino (per esempio nella forma del modo dell'intimidatore) oppure verso il partner (modo dell'aggressore).

1.4.2 Il bambino in età pre-scolare dai 4 ai 6 anni

Lo sviluppo cognitivo, l'acquisizione del linguaggio e un più consapevole legame al sistema familiare contribuiscono a rafforzare e ampliare gli schemi maladattivi. L'influenza pedagogica e modellante dei genitori viene recepita in maniera più esplicita per esempio attraverso l'acquisizione di norme culturali negli ambiti dell'alimentazione, pulizia e comportamento sociale. Anche lo sviluppo sensorio-motorio negli ambiti della motricità fine e della grafica, svolge un ruolo determinante per la costruzione dell'autostima, del senso di auto efficacia e dell'auto-consapevolezza. In questo periodo il bambino può raccogliere le prime, oppure aggiungere, esperienze negative che vanno a radicarsi per portare successivamente allo sviluppo di schemi maladattivi quali deprivazione emotiva, abbandono, inadeguatezza/vergogna.

Anche un comportamento pedagogico errato da parte delle persone di riferimento alla scuola materna oppure da parte dei nonni possono indurre ulteriori emozioni di vergogna o colpa che possono portare alla costruzione di schemi di inadeguatezza e isolamento sociale.

I terapeuti della Schema Therapy possono chiarire meglio i processi transittivi tra bambino e famiglia utilizzando lo schema coaching per genitori o la Schema Therapy sistemica (vedi capitolo 8), e aiutare i genitori fornendo il punto di vista dei compiti evolutivi e mostrando concretamente come la gestione e la guida del bambino potrebbe essere attraverso i compiti evolutivi. Dal punto di vista della psicologia positiva, si potranno elaborare insieme ai genitori le modalità per costruire e utilizzare i fattori di protezione, le risorse e gli schemi positivi (concetto di auto efficacia).

Secondo la prospettiva sistemica, l'effetto di confini disfunzionali nel sistema familiare (troppo rigidi, troppo aperti, troppo ampi ecc.) Possono contribuire allo sviluppo di schemi maladattivi (per esempio: invischiamento/sè poco sviluppati, grandiosità, auto-sacrificio, sfiducia/abuso).

1.4.3 Dall'ingresso scolastico fino alla pre-pubertà tra i 6 e i 10/11 anni

In questa fascia di età, si parla dello studente che si rafforza attraverso le richieste di prestazione da parte della scuola, ma anche attraverso le posizioni psico-so-

ciali con le quali deve confrontarsi nei diversi gruppi a scuola, nello sport e nel tempo libero. Particolari situazioni in ambito familiare, quali conflitto, violenza, separazione e divorzio, durante questa età, conducono spesso a sensi di colpa e vergogna che possono rafforzare gli schemi sottostanti. Anche deficit di prestazione come (parziale) scarso rendimento scolastico, limitazioni o disabilità motorie/sensoriali, possono concorrere alla creazione o al rafforzamento di schemi maladattivi, quali per esempio: *fallimento, inadeguatezza e vergogna*. Non di rado si presenta un'altra modalità che conduce ad esperienze sfavorevoli tra i bambini particolarmente dotati. Trovandosi sottostimolati dal sistema scolastico (underachievement) sviluppano modalità di apprendimento e di lavoro che possono condurre a schemi di *pretese/grandiosità, autocontrollo/autodisciplina insufficienti*.

Guardando però allo sviluppo dei mode, troviamo in questa età anche i precursori che gettano le basi per un adulto sano. L'apprendimento di una ragionevole tolleranza alla frustrazione, la capacità di dilazionare la ricompensa e il rafforzamento delle capacità empatiche rendono possibile un comportamento sempre più emotivamente e socialmente integrato, razionale e governabile. Il mode del bambino felice è un mode-bambino funzionale che si caratterizza attraverso la spontaneità, il gusto per il gioco, l'attaccamento al momento presente, la gioia, il divertimento e la spensieratezza. Questo mode rimane, anche nell'età adulta, una sorgente di felicità, rilassamento e spensierata gioia di vivere. Il mode del bambino felice, sia che si sviluppi naturalmente oppure attraverso un intervento terapeutico, è una preziosa risorsa per tutto il resto della vita.

1.4.4 Il bambino durante la pubertà tra gli 11 e i 16 anni

I compiti evolutivi di questa età sono la gestione delle trasformazioni corporee e l'integrazione delle pulsioni sessuali nell'immagine di sé, la definizione di un'immagine corporea e di una identità di genere con i comportamenti che ne risultano. Anche la posizione verso la famiglia e verso il gruppo dei pari verrà ancora una volta messa alla prova e cambiata. Il distacco dalla famiglia di origine sarà progressivamente avviato. All'interno di costellazioni problematiche si può arrivare a massicci scontri tra i valori e le norme del gruppo dei pari e quelli della famiglia di origine. Famiglie ipercoinvolte possono invece ostacolare o addirittura bloccare il moto di indipendenza verso il gruppo dei pari. Dall'altra parte anche il gruppo dei pari può diventare fonte di forti traumi oppure facilitare o addirittura "determinare" l'acquisizione di modalità di coping disfunzionali (verso la delinquenza).

Nell'ottica dello sviluppo dell'identità, le inclinazioni, i valori, le competenze e anche le preferenze lavorative del bambino e del ragazzo saranno indirizzate e riformulate con maggiore chiarezza.

Lo schema *esclusione sociale* può svilupparsi anche attraverso esperienze negative nel gruppo dei pari. Anche l'abuso fisico e sessuale, a qualsiasi età, possono concorrere allo sviluppo di schemi maladattivi di *sfiducia/abuso* oppure di *sottomissione*. Per compensare il trauma o la frustrazione possono scattare i mode dell'*aggressore (vendicatore, prepotente), vittima o controllore compulsivo*.

1.4.5 L'adolescente e il giovane adulto tra i 17 e i 23 anni

Il giovane "sé" si trova adesso sempre più spesso a sperimentare ruoli adulti (per esempio, in relazioni intime e sessuali, nel rapporto con le sostanze stupefacenti, nella costruzione di ruoli lavorativi, ecc.). Queste tematiche, che emergono in concomitanza con la ricerca di autonomia e del distacco dai genitori, possono sovraccaricare il giovane e condurre ad una marcata instabilità emozionale.

In questa fascia di età, oltre ai punti di vista apportati dalla Schema Therapy, sono utili anche gli spunti tratti dalla terapia dialettica del Disturbo Borderline di personalità. In questo gruppo di pazienti troviamo infatti repentini cambi del tono emotivo e dei mode di coping, sensazione di incoerenza dell'identità personale, senso di vuoto e di instabilità, che spesso segnalano la presenza di conflitti nella definizione dei ruoli caratteristici dell'adolescenza e della prima età adulta. Il processo di sviluppo di schemi maladattivi si trova oramai in una fase avanzata. In questo caso, i modelli dei mode di coping si prestano a completamento dei modelli sugli schemi per la descrizione degli stati psichici. In particolare, l'utilizzo dei modelli per i mode compensatori, per i mode del bambino *vulnerabile* e del bambino *arrabbiato/furioso* e i mode del genitore *esigente/punitivo*, diventa un elemento importante della terapia. Spesso a causa dell'interiorizzazione delle norme del gruppo dei pari e della presenza di forte vergogna, sarà necessario arrivare alla formulazione di altri mode di coping. Si potrebbe quindi estendere o modificare parzialmente i mode del genitore *esigente/punitivo* sostituendolo con la figura di un pari-despota (in alternativa, tiranno o dittatore). In questo mode le reali o immaginate aspettative (norme e regole di comportamento del gruppo interiorizzate) possono venir applicate in maniera tirannica verso la propria persona o verso i suoi mode bambini.

1.5 Complementi terapeutici alla Schema Therapy

Esempi di Schema Therapy applicata ad adolescenti e giovani adulti, si trovano per esempio in Jacob & Arntz (2011) e in Roediger (2011). Nell'infanzia e pre-adolescenza si dovrebbe comunque sempre parlare di terapia sistemica in quanto il bambino e il pre-adolescente possono essere capiti meglio all'interno del loro gruppo di riferimento. Il concetto di interazione dovrebbe essere integrato con il modello transazionale proposto da Lazarus. Il modello transazionale rende evidente che il comportamento di A suscita un comportamento in B e a sua volta che, il comportamento di B, genera un adattamento nel comportamento di A. Il modello transazionale coglie i cambiamenti reciproci, così come i processi di rinforzo e creazione di modalità di interazione, meglio del semplice concetto di interazione che vede solo un'influenza di tipo unidirezionale sui comportamenti, ignorando gli aspetti transazionali e gli effetti a spirale già descritti.

Le principali manovre terapeutiche devono decisamente cambiare in base all'età evolutiva del bambino. Nei neonati e nei bambini molto piccoli l'intervento terapeutico si struttura principalmente in un lavoro coi genitori o con altre persone di riferimento che attraverso il cambiamento delle loro modalità di interazione modificano il comportamento del paziente.

Per i bambini di età pre-scolare il mondo esperienziale del bambino può essere esplorato in maniera più approfondita per sondare la presenza di nascenti schemi maladattivi. In questo caso si presta anche l'utilizzo della Schema Therapy sistemica. Nel caso in cui i genitori attraverso il lavoro terapeutico, riescano velocemente a cambiare in modo positivo le loro interazioni con il bambino, può essere necessario affiancare una terapia con il bambino che aiuti a risolvere i mode problematici. In questo modo, per esempio, un bambino chiuso e poco fiducioso potrà aprirsi ed offrire ai genitori una chance per accudirlo con cura.

Per i bambini in età scolare e ancora di più per i giovani adulti, si possono generalizzare le tecniche utilizzate per l'età adulta. Se necessario si potranno utilizzare tecniche psicodrammatiche ed elementi tratti dalla terapia della Gestalt così come dialoghi tra le sedie, e/o metodi ipno-terapeutici (tecniche immaginative) per rappresentare i conflitti interni e interazionali e quindi elaborarli.

Le strategie utilizzate dalla Schema Therapy nei diversi gruppi di età verranno esposte nei relativi capitoli. La via di accesso terapeutico per la comprensione di un disturbo nella Schema Therapy è principalmente il vedere quali dei bisogni primari sono stati frustrati, e attraverso questa esperienza, quali schemi rimangono attuali nel qui e ora e quali mode si attivano per aiutare o rappresentare compiutamente il disturbo psichico. Per fini diagnostici nella Schema Therapy si

chiede quindi sempre quali sono i bisogni primari che non sono stati soddisfatti, quale schema viene attivato e quale mode è attualmente attivo.

Il concetto di trattamento nell'ottica di schemi e mode, consiste quindi nel tentare di riassumere da una parte la situazione scatenante e dall'altra gli schemi e i mode attivati.

Lo schema primario che si innesca (per esempio: *deprivazione emotiva, sfiducia, abuso*) e i mode attivati (spesso il bambino *vulnerabile*) inducono nel bambino un senso di inconsistenza con tonalità anedoniche. Il tono anedonico si accompagna sempre con emozioni di ansia, tristezza ma anche di vergogna e rabbia. Per evitare queste emozioni, si attivano in base alla storia di apprendimento, i relativi mode di coping (*ipercompensazione, evitamento, resa*).

1.5.1 Indicazioni e controindicazioni alla Schema Therapy

Inizialmente verranno raccolte le informazioni relative ai principali sintomi, aree problematiche e stili interazionali dei pazienti. Verrà raccolta una anamnesi biografica. Inoltre può essere utile una valutazione del temperamento e tenere in considerazione quali compiti evolutivi sono stati superati con successo e quali no. Oltre ai resoconti del paziente potrebbero/dovrebbero essere raccolte informazioni da terzi.

Successivamente, possono essere formulate le prime ipotesi circa le pregresse, attuali ed emergenti caratteristiche dei disturbi e delle aree problematiche. La Schema Therapy è indicata fintanto che sussistono indizi circa la presenza di una frustrazione dei bisogni primari, ovvero la presenza di una componente biografica nello sviluppo dei disturbi (un'eccezione, sarebbe in questo caso, la presenza di un trauma acuto).

La Schema Therapy è controindicata come per gli adulti (Zens & Jacob, 2012) in presenza di quadri di disturbo acuti, come per esempio, un peso corporeo pericolosamente basso come nel caso di anoressia nervosa. Questi casi dovrebbero prima essere trattati con tecniche tradizionali di terapia comportamentale. La Schema Therapy non è indicata per pazienti con sintomi psicotici, grave abuso di sostanze, sintomi neurologici o pregressi marcati disturbi dello sviluppo in quanto potrebbe portare ad un peggioramento dei sintomi. Tuttavia, attraverso un'attenta e cauta gestione dei limiti di questi pazienti, sussistono sempre più resoconti di interventi positivi che integrano alcuni elementi della Schema Therapy nel trattamento.

Nel valutare le indicazioni è essenziale stimare che il paziente possa trarre beneficio dai componenti principali della Schema Therapy, ovvero il percorso focalizzato sulle emozioni e l'intensivo rapporto terapeutico.

Nel complesso si può dire che la Schema Therapy potrebbe essere proposta quando il bambino o l'adolescente:

- non è pronto per l'utilizzo di tecniche e metodi Cognitivo-Comportamentali,
- sistematicamente non svolge i compiti terapeutici assegnati,
- non acquisisce o non riesce ad esercitare strategie di autocontrollo,
- tende ad evitare le emozioni e le cognizioni legate al comportamento problematico,
- mostra ridotte capacità di autocontrollo,
- si aggrappa tenacemente a modalità di comportamento o convinzioni rigide,
- vive le proprie problematiche comportamentali in modo ego-sintonico (per esempio: "Io sono fatto così", oppure "Questa è una parte di me, non si può farci nulla"; "È sempre stato così" ecc.),
- non detiene la speranza di un miglioramento
- non sa definire in modo chiaro i propri obiettivi (per esempio sintomi pervasivi o indefinibili diffusi in molteplici aree esistenziali)
- presenta una personalità disturbata oppure ritiene di non possedere abbastanza risorse per affrontare i propri problemi
- vuole costruire una relazione terapeutica inadeguata oppure nessuna

Visto che queste condizioni si presentano spesso nella terapia con i bambini (per esempio: scarsa motivazione alla terapia, ego-sintonia dei comportamenti problematici, evitamento di tematiche emotive, ecc.), un approccio basato sugli schemi risulta indicato non solo in caso di gravi disturbi cronicizzanti come nella Schema Therapy per adulti (Disturbi Asse II), ma anche per diffusi disturbi dell'Asse I (ADHD, disturbo ossessivo-compulsivo, ecc.). I prossimi capitoli dimostreranno che la Schema Therapy con i suoi materiali illustrativi e in abbinata alla terapia cognitivo-comportamentale si dimostra essere a misura di bambino e può, a nostro avviso, facilitare in modo significativo l'inclusione in terapia delle tematiche emotive.

1.5.2 Punti di partenza centrali, caratteristiche e obiettivi della Schema Therapy

La proposta terapeutica della Schema Therapy inizia dopo una fase di costruzione di una relazione terapeutica empatica e di moderato confronto e di una spiegazione psicoeducativa del modello (vedi cap. 7). Attraverso i modelli di schema o di mode, elaborati in base all'età, il bambino e la sua famiglia possono iniziare a decodificare le dinamiche della situazione problematica, rimaste sino ad allora solo difficilmente comprensibili. Forse per la prima volta, il paziente, ma anche

i suoi familiari, possono iniziare a identificare bisogni frustrati, incomprensioni legate alle situazioni, violente emozioni e relativi mode di coping, anche quando si susseguono repentinamente. L'ingresso alla terapia inizia prevalentemente con un intervento cognitivo (spiegazione dei modelli di schema e di mode legati alla problematica). Segue, successivamente, un intervento fortemente centrato sulle emozioni che guida il paziente attraverso le esperienze e l'elaborazione dei suoi vissuti.

Già dall'inizio della terapia, ma in modo particolare, durante le ultime fasi della terapia, il terapeuta, con l'ausilio di compiti di osservazione e di compiti a casa, guiderà il paziente (ma anche il sistema familiare) a sperimentare cambiamenti verificabili nella quotidianità e nel contesto. In questo caso la Schema Therapy si avvicina molto ad una classica terapia comportamentale per bambini e adolescenti. Il costante riferimento agli schemi e ai mode durante l'applicazione delle tecniche comportamentali offre anche una vicinanza emotiva ed esperienziale a supplemento del classico repertorio cognitivo-comportamentale.

Sulla base della suddetta analisi, la Schema Therapy può, a seconda dell'età del bambino e con un diverso coinvolgimento del paziente o delle sue figure di riferimento, porsi i seguenti punti di partenza e i seguenti obiettivi terapeutici:

- Un obiettivo generale è quello di influenzare le persone di riferimento, il sistema e le situazioni affinché i bisogni primari frustrati possano essere meglio soddisfatti non soltanto durante la seduta terapeutica ma anche nella quotidianità.
- Il terapeuta, durante le sedute e in tutti i suoi contatti con i pazienti, si adopera pertanto principalmente e limitatamente all'accudimento parentale (limited reparenting) che soddisfa in maniera positiva i bisogni primari del paziente (attaccamento, autonomia, spontaneità, autostima, limiti, senso di identità) rendendo la terapia principalmente un modello di interazione che soddisfa i bisogni primari. Questa impostazione alimenta la motivazione alla terapia (favorendo la decisione di presentarsi in terapia) e rappresenta spesso un primo passo verso il miglioramento dei sintomi e dei problemi (rafforzamento dell'autostima e del senso di auto efficacia, interiorizzazione di modelli genitoriali positivi).
- Quando si impedisce la soddisfazione di bisogni di base attraverso il sé disfunzionale e si impedisce la percezione della realtà attraverso l'attivazione di schemi e modelli disfunzionali, il terapeuta e il paziente potranno lavorare insieme per correggere situazioni e autovalutazioni e quindi "rilasciare" i bisogni primari sottostanti. Attraverso questo rilascio dei bisogni primari, il paziente può trovare modalità adattive per soddisfarli. In una prospettiva

va sistemica, questo può anche significare che un sistema familiare debba sviluppare nuove regole per trattare i bisogni, il che implica sempre anche sviluppare nuovi confini per il sistema e i suoi sottosistemi. In via eccezionale questo può anche significare che la maggior parte della terapia venga condotta con un genitore, la coppia genitoriale oppure con i fratelli senza la partecipazione del “paziente principale”.

- Se si tratta di disturbi che si mantengono attraverso specifici circoli viziosi (per esempio disturbi di tipo ossessivo-compulsivo), con la Schema Therapy si arriverà relativamente presto a determinare il nodo cruciale del disturbo. A completamento delle classiche manovre della terapia cognitivo-comportamentale, di regola basterà riordinare i sintomi del disturbo, le modalità di coping manifeste o latenti (e quindi che non corrispondono più al livello evolutivo del bambino) e i mode bambino. Il disturbo ossessivo-compulsivo nella forma di un controllo iperperfezionistico, per esempio, può servire al bambino per non sentire la sottostante paura sociale. Nella fobia scolastica si può riformulare la condotta di evitamento come una modalità di coping che permette al giovane adolescente di evitare di confrontarsi con le aspettative genitoriali tiranniche interiorizzate (per esempio: “solo il meglio è abbastanza”). Nel trattamento dell’iperattività e dei disturbi dell’attenzione il terapeuta può decidere se si tratta di un’evoluzione di un mode bambino caratterizzato da esperienze e comportamenti impulsivi e indisciplinati oppure se si tratta di una modalità di coping (“*protettore iperattivo*” nel caso della ADHD oppure “*protettore distratto e sognatore*” nel caso dei disturbi dell’attenzione) che il paziente non è riuscito ancora ad abbandonare a causa di una predisposizione genetica verso l’ADHD e i disturbi dell’attenzione. Altresì è importante chiedersi, per esempio, se i comportamenti impulsivi e disattenti hanno anche degli aspetti di iper-compensazione o di evitamento. Forse entrambi gli aspetti (predisposizione genetica, mode e schemi maladattivi) rivestono uguale importanza. Si può quindi meglio elaborare quali dei bisogni primari non sono stati adeguatamente soddisfatti, quali fragilità e quali punti di vulnerabilità sono stati sollecitati, quali deficit sociali o di performance vengono forse iper-compensati. Nella cornice della Schema Therapy il paziente può quindi ottenere possibilità alternative di sviluppo.

Conclusioni

Quanto esposto sinora, propone la Schema Therapy come una terapia comportamentale sviluppo-dinamica. Alla base della concettualizzazione secondo la Schema Therapy sta un’analisi degli orizzonti di apprendimento ed esperienza di

un bambino e la loro contestualizzazione all'interno della famiglia, della scuola materna, della scuola, e forse anche della comunità, del gruppo dei pari e delle sub-culture.

Attraverso la fusione tra psicologia dello sviluppo e Schema Therapy, diventa a nostro avviso possibile illuminare meglio le dinamiche dello sviluppo sia interno che esterno (familiare, scolastico) del bambino. Ancora le attuali analisi del sintomo proposte dalle classiche terapie comportamentali non sono messe in discussione, al contrario rimangono parti importanti nella destrutturazione del sintomo centrale. È parere degli autori che il preciso inquadramento di un comportamento problematico come parte di una iper-compensazione, di un modo di evitamento oppure di un modo bambino indisciplinato o spaventato non più appropriato all'età, rende più facile indirizzare in maniera più chiara le dinamiche di sviluppo e il colore emotivo di qualsiasi problematica durante il trattamento terapeutico. A questo proposito verranno forniti concreti esempi nei capitoli successivi.

BIBLIOGRAFIA

- Baur, R. (2006). »Sokratischer Dialog« und »systemische Teilarbeit« in Therapie und Beratung. Dissertation an der Universität Augsburg.
- Becker, P. (1998). A multifacts circumplex model of personality as a basis for the description and therapy of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12, 213–22.
- Berbalk, H. & Kempkensteffen, J. (2000). Die Bedeutung des »Momentanen personalen Gesamtzustandes« für die Arbeit in der Depressionstherapie. *Psychotherapeuten Forum: Praxis und Wissenschaft*, 3.
- Berne, E. (1961). *Transactionalanalysis in psychotherapy: A systematic and individual psychiatry*. New York: Grove Press.
- Berne, E. (1970). *Spiele der Erwachsenen*. Hamburg: Rowohlt.
- Berne, E. (1970). *Sex in Human Loving*. New York: Pocket Books.
- Bracha, H. (2004). Freeze, Flight, Fight, Fright, Faint: Adaptionist Perspectives on the Acute Stress Response Spectrum. *CNS Spectrums* Vol. 9 (9), 679–685.
- Bradshaw, J. (1994). *Das Kind in uns. Wie finde ich zu mir selbst*. München: MensSana.
- Bradshaw, J. (2000). *Das Kind in uns. Wie finde ich zu mir selbst (2. Aufl.)*. München: MensSana.
- Chopich, E. & Paul, M. (1996). *Aussöhnung mit dem inneren Kind*. Freiburg: Bauer
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1981). *Hypnotherapie. Aufbau, Beispiele, Forschungen*. München: Pfeiffer.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Franz Deuticke: Leipzig + Wien. Neudruck: 6. Auflage. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Gray, J.A. (1975). *Elements of a Two-Process Theory of Learning*. New York: Academic Press.

- Gray, J.A., Owen, S., Davis, N. & Tsaltas, E. (1983). Psychological and physiological relations between anxiety and impulsivity. In M. Zuckermann (Ed.), *The biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety* (pp. 181–227). New York: Erlbaum.
- Gray, J.A. (1988). *The Psychology of Fear and Stress* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.
- Grawe, K. (1998). *Neuropsychotherapie*. Bern: Huber.
- Greenberg L.S., Rice, L.N. & Elliot, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebensorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Havighurst, R.J. (1972). *Developmental Tasks and Education* (3rd ed.). London: Longman Group.
- Heinrichs, N. & Lohaus, A. (2011). *Klinische Entwicklungspsychologie kompakt. Klinische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim: Beltz.
- Herpertz, S.C., Saß, H. & Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Temperament und Persönlichkeit. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer.
- Hoffmann, S.O. & Hochapfel, G. (1995). *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin* (5. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaption*. New York: Oxford University Press.
- Lobbestael, J., Vreeswijk, M.F. van & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: A clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 76–85.
- Loch, W. (1989). *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. Stuttgart: Hirzel.
- Mattheß, H. (2006). *Die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit*. Workshop DeGPT Hannover.
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1990). Personality disorders and the five-factor model. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362–371.
- Mentzos, S. (1986). *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Moreno, J.L. (1959). *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*. Stuttgart: Thieme.
- Peichl, J. (2007). *Innere Kinder, Täter, Helfer & Co, Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petermann, F., Niebank, K. & Kusch, M. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Polster, E. & Polster, M. (2002). *Gestalttherapie. Therapie ohne Widerstand. Gestaltkritik 2002* (1). Köln: Gestaltinstitut.
- Rijkeboer, M. (2012). Validation of the Young Schema Questionnaire. In M. v. Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, Research, Practice* (pp. 531–599). Chichester: Wiley.
- Rijkeboer, M.M. & de Boo, G.M. (2010). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 102–109.
- Roediger, E. (2011). *Praxis der Schematherapie: Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Rothbart, M.K. & Bates, J.E. (1998). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology. Vol. 3. Social emotional and personality development* (pp. 105–176). New York: Wiley.
- Satir, V. (1975). *Selbstwert und Kommunikation*. München: Pfeiffer.
- Schulz von Thun, F. (1998). *Miteinander reden 3 – Das innere Team und situationsgerechte Kommunikation*. Hamburg: Rowohlt.
- Sieswerda, S. (2012). Experimental studies for schemas. In M. v. Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, Research, Practice* (pp. 519–529). Chichester: Wiley.
- Stallard, P. (2007). Early maladaptive schemas in children: Stability and differences between a community and a clinic referred sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 10–18.
- Stallard, P. & Rayner, H. (2005). The development and preliminary evaluation of a schema.

- Questionnaire for Children (SQC). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 217–224.
- Stierlin, H. (1994). *Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stone, H. & Stone, S. (1995). *Du bist richtig. Mit der Voice-Dialogue-Methode den inneren Kritiker zum Freund gewinnen*. München: Heyne.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der Psychoanalyse*. Heidelberg: Springer.
- Thomas, A., Chess, S., Birch, H.G. & Korn, S. (1963). *Behavioral individuality in early childhood*. New York: University Press.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner & Mazel.
- von Zerssen, D. (1994). *Persönlichkeitszüge als Vulnerabilitätsfaktoren. Probleme ihrer Erfassung*. *Fortschritte Neurologischer Psychiatrie*, 62, 1–13.
- Watkins, J. & Watkins, H. (2003) *Ego-States. Theorie und Therapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Watkins, J. & Watkins, H. (1997). *Ego States – Theory and Therapy*. New York/London: W.W. Nortonan Comp.
- Weiss, A., King, J.E. & Perkins, L. (2006). *Personality and subjective well-being in orang utan*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 501–511.
- Wewetzer, C. (2004). *Zwänge bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Zarbock, G. (2008). *Praxisbuch Verhaltenstherapie: Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst.
- Zarbock, G. & Zens, C. (2011). *Bedürfnis- und Emotionsdynamik – Handlungsleitende Konzepte für die Schematherapiepraxis*. In E. Roediger & G. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Zens, C. & Jacob, G. (2012). *Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen (S. 153–178)*. In H.H. Stavemann (Hrsg.), *KVT update*. Weinheim: Beltz.