
La Schema Therapy per l'età evolutiva

Manuale per il clinico

Edizione italiana a cura di
Stefano Terenzi e Rosario Capo

Christof Loose, Peter Graaf,
Gerhard Zarbock e Ruth A. Holt

GUIDE
PSICOLOGIA



Erickson

IL LIBRO

LA SCHEMA THERAPY PER L'ETÀ EVOLUTIVA

Il manuale, qui proposto in versione aggiornata, offre spunti e suggerimenti sulla varietà di approcci della Schema Therapy per il trattamento dei disturbi caratteriologici e dei problemi clinici nell'età evolutiva — dalla prima infanzia all'adolescenza —, sia nella terapia individuale, sia con la famiglia o nei contesti di gruppo.

Vengono forniti numerosi esempi pratici di tipologie di intervento che riguardano la terapia cognitivo-comportamentale, il lavoro esperienziale incentrato sulle emozioni, nonché numerosi casi clinici ed estratti di seduta.

Gli esercizi proposti riguardano l'*imagery*, il *chair work*, i mezzi espressivi, come l'utilizzo del disegno, le marionette, le flashcard, i diari, le storie e il gioco. Alcuni capitoli descrivono anche il meticoloso processo di valutazione su cui si basa la concettualizzazione dei casi e l'implementazione del trattamento.

Oltre ai colloqui clinici, spesso il terapeuta che lavora con la Schema Therapy combina strumenti

La Schema Therapy in età evolutiva è un argomento di grande attualità nel mondo della terapia cognitivo-comportamentale e della psicoterapia in generale.

tradizionali con metodi specializzati per individuare gli schemi e i mode e valutare come i genitori hanno affrontato i bisogni del figlio o della figlia. In tal modo, oltre a trattare il problema specifico, si cerca di arrivare a una comprensione più completa del caso, che tenga conto anche della famiglia.

GLI AUTORI

CHRISTOF LOOSE

Psicologo e psicoterapeuta specializzato nel lavoro con i bambini e gli adolescenti, è dottore di ricerca e lavora presso l'Istituto di Psicologia Sperimentale, Dipartimento di Psicologia Clinica dell'Università di Düsseldorf.

PETER GRAAF

Psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza presso il Werner Otto Institut di Amburgo.

GERHARD ZARBOCK

Psicologo clinico con certificazione in terapia cognitivo-comportamentale, Schema Therapy e in terapia dialettico-comportamentale, è direttore dell'Institute for Behavioural Therapy Training di Amburgo.

RUTH A. HOLT

Direttrice del Canberra Clinical and Forensic Psychology in Australia, è psicologa clinica e supervisore/trainer Schema Therapy.

€ 34,00



www.erickson.it



MATERIALE ONLINE vai su:
<https://risorseonline.erickson.it>

Indice

<i>Prefazione</i> (Jeffrey E. Young)	7
<i>Prefazione</i> (David Edwards)	9
<i>Prefazione</i> (Christof Loose)	13
<i>Prefazione all'edizione italiana</i> (Stefano Terenzi e Rosario Capo)	15
<i>Introduzione</i>	19
CAPITOLO 1	
Psicologia e psicoterapia del bambino e dell'adolescente (<i>Christof Loose, Gerhard Zarbock, Peter Graaf e Ruth A. Holt</i>)	23
CAPITOLO 2	
Teorie e concetti chiave della Schema Therapy e della ST-BA (<i>Christof Loose, Gerhard Zarbock, Peter Graaf e Ruth A. Holt</i>)	35
CAPITOLO 3	
Concettualizzazione del caso e trattamento (<i>Christof Loose, Gerhard Zarbock, Peter Graaf e Ruth A. Holt</i>)	61
CAPITOLO 4	
La Schema Therapy dalla prima alla seconda infanzia (<i>Katharina Armour, Sophie Kröger, Gerhard Zarbock e Ruth A. Holt</i>)	79
CAPITOLO 5	
La Schema Therapy per i bambini in età prescolare (<i>Christof Loose, Peter Graaf, Katharina Armour e Ruth A. Holt</i>)	111
CAPITOLO 6	
La Schema Therapy per i bambini della scuola primaria (<i>Peter Graaf, Christof Loose e Ruth A. Holt</i>)	131
CAPITOLO 7	
La Schema Therapy con gli adolescenti (<i>Christof Loose, Peter Graaf e Ruth A. Holt</i>)	161

CAPITOLO 8	
La Schema Therapy con i giovani adulti (17-23 anni) (Christine Zens e Silka Hagena)	189
CAPITOLO 9	
Principi di base della Schema Therapy (Christof Loose, Peter Graaf e Ruth A. Holt)	225
CAPITOLO 10	
Iniziare la Schema Therapy (Peter Graaf, Christof Loose e Ruth A. Holt)	247
CAPITOLO 11	
La Schema Therapy basata sul gioco e sulle storie (Peter Graaf, Christof Loose e Ruth A. Holt)	257
CAPITOLO 12	
La Schema Therapy e l'utilizzo di disegni, marionette e <i>chair work</i> (Peter Graaf, Christof Loose e Ruth A. Holt)	269
CAPITOLO 13	
Schema Therapy: la casa interiore e l' <i>imagery</i> (Christof Loose, Peter Graaf e Ruth A. Holt)	309
CAPITOLO 14	
Compiti a casa, <i>flashcard</i> e diari (Christof Loose, Peter Graaf e Ruth A. Holt)	331
CAPITOLO 15	
I genitori e il sistema familiare da una prospettiva Schema Therapy (Peter Graaf e Ruth A. Holt)	343
CAPITOLO 16	
Valutare gli schemi e i mode dei genitori (Peter Graaf e Ruth A. Holt)	383
CAPITOLO 17	
Interventi con i genitori (Peter Graaf e Ruth A. Holt)	395
CAPITOLO 18	
Schema Therapy di Gruppo con Bambini e Adolescenti (STG-BA) (Maria Galimzyanova e Elena Romanova)	433
<i>Ringraziamenti</i>	469

Psicologia e psicoterapia del bambino e dell'adolescente

Christof Loose, Gerhard Zarbock, Peter Graaf e Ruth A. Holt

Introduzione

La Schema Therapy per i bambini e gli adolescenti (ST-BA) costituisce un approccio efficace che applica gli strumenti e le tecniche della Schema Therapy (ST) al campo della psicoterapia del bambino e dell'adolescente.

Gli psicoterapeuti che si occupano di tale fascia di età si dedicano alla comprensione profonda delle complesse vite emotive di neonati, bambini, giovani e dei loro genitori/caregiver.

La Schema Therapy intende propriamente guardare sotto la superficie di emozioni, comportamenti o relazioni problematiche per aiutare gli individui e i sistemi familiari a comprendere con maggiore chiarezza se stessi e le proprie difficoltà.

Combinando queste due prospettive al fine di mettere a fuoco i meccanismi più profondi di un problema che interessa un individuo in età evolutiva o una famiglia, il terapeuta può costruire una base solida dalla quale partire per progettare e realizzare interventi efficaci.

Questo capitolo è incentrato sui fondamenti storici della Schema Therapy per i bambini e gli adolescenti. Nel cercare di comprendere le emozioni e i comportamenti di minori e adulti dobbiamo sempre riconoscere di essere seduti sulle spalle di giganti, il che significa tenere conto di alcune teorie e concetti chiave. Prepariamoci dunque per una rapida spedizione attraverso le tappe della storia della psicologia e della psicoterapia.

Esplorare la psiche umana

La nostra prima tappa è la città di Vienna all'inizio del XX secolo, dove un neurologo sta cominciando a diffondere alcune teorie sullo sviluppo della psiche umana che si riveleranno estremamente influenti. Si chiama Sigmund Freud e ha già iniziato a usare il termine «psicoanalisi». Secondo Freud, tutta la vita si costituisce intorno a tensione e piacere; in particolare, Freud afferma che i primi cinque anni dell'esistenza di una persona sono primariamente inconsci e tuttavia cruciali per lo sviluppo non solo del bambino, ma anche di quella che sarà la personalità dell'adulto. Attualmente, le strutture e le memorie implicite di questi primi anni di vita sono considerati elementi fondamentali da molti approcci psicologici e psicoterapeutici, tra cui la Schema Therapy.

Forse l'intuizione più nota e importante di Freud risiede nell'idea che la mente umana abbia più di una componente. Secondo la sua teoria della personalità (1923), la psiche è strutturata in tre elementi costituenti o sistemi: Es, Io e Super-Io. L'Es è la parte istintuale che attiene alle pulsioni sessuali e aggressive e segue quello che Freud ha chiamato il «principio di piacere» (cercare il piacere evitando il dolore). All'estremo opposto, il Super-Io è la nostra dimensione critica che tiene conto delle norme e dei valori sociali che ci sono stati insegnati dai genitori e dagli altri caregiver. Il Super-Io si sviluppa intorno ai 4 anni e segue il «principio di moralità» (comportarsi in modo responsabile e socialmente accettabile). Attuando una mediazione tra i due, l'Io bilancia i desideri dell'Es e i vincoli imposti dal Super-Io. L'Io è la componente decisionale e riconduce alla razionalità seguendo il «principio di realtà»: prima di decidere come pensare, sentire e comportarsi, l'Io vaglia le regole emotive e sociali.

Benché con il passare del tempo il lavoro di Freud sia stato superato in gran parte, egli rimane una figura centrale nell'ottica dello sviluppo della psicoterapia e le sue idee chiave sono ancora valide. L'influenza di alcune delle sue teorie più importanti — ad esempio quelle secondo cui la mente può avere prospettive simultanee e contraddittorie, le esperienze infantili sono di vitale importanza per la personalità adulta e i primi ricordi hanno un impatto inconscio sul comportamento presente — è chiaramente riconoscibile all'interno di approcci contemporanei, e la ST-BA non fa eccezione.

Il condizionamento classico

Ci spostiamo ora a San Pietroburgo, dove un fisiologo di nome Ivan Pavlov sta conducendo delle ricerche sui processi di apprendimento, ed è sul punto di affermarsi come il fondatore della terapia comportamentale moderna.

Pavlov è colui che scoprì come le risposte fisiologiche (incluse le risposte emotive) possano essere associate a situazioni o stimoli specifici. La svolta per lui arrivò quando si rese conto che i suoi cani cominciavano a salivare non quando veniva dato loro del cibo, come lui si sarebbe aspettato, ma quando sentivano avvicinarsi i passi della persona che glielo stava portando. Egli continuò i suoi esperimenti, associando la presentazione del cibo al suono di una campanella o di un metronomo per dare origine a delle risposte «condizionate». Nasceva così il paradigma del condizionamento classico (o Pavloviano).

In seguito, lo psicologo sudafricano Joseph Wolpe dimostrò che era possibile ridurre l'ansia associando a determinati eventi ansiogeni per un individuo (per esempio, i ragni) una risposta antagonista (come il rilassamento). Wolpe sviluppò una procedura chiamata «desensibilizzazione sistematica», che comporta un'esposizione progressiva a una gerarchia di situazioni ansiogene inducendo al contempo uno stato di rilassamento: un trattamento che si rivelò efficace per risolvere molte fobie semplici. Successivamente, il condizionamento valutativo, un'estensione del condizionamento classico sviluppata in Inghilterra da Levey e Martin, dimostrò che la risposta di una persona a uno stimolo condizionato poteva essere cambiata semplicemente associando lo stimolo condizionato a uno stimolo positivo (o negativo) non condizionato.

Il condizionamento e più in generale l'apprendimento associativo sono argomenti affascinanti in quanto tali, nondimeno il loro apporto alla ST-BA è fondamentale in quanto, grazie agli studi condotti in questo ambito, si ha la certezza del fatto che il comportamento e le emozioni possono essere prodotti da un'associazione di stimoli e che idee, esperienze e atteggiamenti possono rinforzarsi a vicenda.

Il comportamentismo e la teoria dell'apprendimento sociale

Un'altra importante teoria dell'apprendimento fu sviluppata da John Watson negli Stati Uniti: il comportamentismo. Esso prende in esame solo i comportamenti osservabili secondo la dinamica stimolo-risposta e così facendo evidenzia l'influenza cruciale dei fattori ambientali sul comportamento umano. Watson credeva fortemente che tutti i comportamenti, a prescindere dalla loro complessità, possano essere ridotti a meccanismi di stimolo-risposta. In un ulteriore sviluppo, Burrhus Skinner propose il paradigma del condizionamento operante, un metodo di apprendimento che si attua quando a determinati comportamenti vengono associate punizioni e ricompense conseguenti. Nel

La Schema Therapy dalla prima alla seconda infanzia

Katharina Armour,¹ Sophie Kröger,² Gerhard Zarbock e Ruth A. Holt

Osservazioni preliminari

Il modello che presentiamo si concentra sui disturbi della regolazione (pianto eccessivo, disturbi legati al sonno e all'alimentazione) nei neonati e nei bambini. Usiamo l'etichetta «disturbi della regolazione» e rimandiamo ai cambiamenti apportati alla definizione dei disordini che ne fanno capo. L'espressione «disturbi della regolazione» è stata ridefinita come «Disturbi del sonno, dell'alimentazione e del pianto» nel manuale *Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia (CD:05)* a cura del gruppo di lavoro Zero To Three (2016); il manuale è riconosciuto a livello internazionale e si occupa dei disturbi clinici nei bambini.

L'attenzione clinica è rivolta all'interazione tra il bambino e la principale figura di attaccamento o caregiver, solitamente la madre. L'approccio delineato in questo capitolo si basa sui concetti di terapia comportamentale tratti dagli studi sui disturbi del sonno infantile condotti da Mechthild Papoušek presso il Max Planck Institute for Psychiatry di Monaco di Baviera, visti nella prospettiva della Schema Therapy. Anche gli approcci psicodinamici sono stati utili nella formulazione del presente orientamento alla ST-BA.

¹ Psicologa, psicoterapeuta presso lo studio psicoterapeutico Löwenherz di Amburgo.

² Professoressa presso l'Istituto per la formazione in terapia comportamentale di Amburgo.

Con la nostra terapia genitore-neonato/bambino stiamo entrando in un territorio nuovo per la Schema Therapy. Pertanto, i concetti qui presentati non devono considerarsi esaustivi e dovranno essere elaborati ulteriormente e in maggior dettaglio in futuro. Inoltre, per perfezionare l'approccio e i metodi qui presentati, sarà necessario ottenere risultati empirici riguardanti il corso e l'efficacia degli interventi di Schema Therapy con neonati e bambini.

Compiti di sviluppo specifici per fase, interazioni, conflitti e mode nelle giovani famiglie da una prospettiva Schema Therapy

CASO CLINICO

Kim, una direttrice marketing di 39 anni, viene a consulto perché da sei mesi il suo secondo figlio, un bambino di nove mesi, si sveglia ogni 30 minuti. Si riaddormenta solo se allattato al seno, che è anche l'unico modo per tranquillizzarlo durante il giorno. Kim è esausta, e ha cominciato a «odiare» suo figlio. Durante la valutazione ci dice che quattro mesi dopo aver avuto il suo primo figlio aveva dovuto iniziare a integrare il latte artificiale perché il bambino non prendeva peso. Si era sentita una cattiva madre perché non era stata in grado di nutrirlo da sola. Quindi con il secondo figlio aveva deciso di allattare al seno su richiesta per stimolare la produzione di latte: questa volta voleva «fare tutto bene». La madre di Kim è molto critica nei suoi confronti e sostiene che la causa della sua produzione insufficiente di latte sia da imputarsi allo stress derivato dal lavoro e dal prendersi cura del bambino. Kim stessa si domanda se il suo lavoro abbia danneggiato i suoi figli o meno.

La nascita di un bambino rappresenta un grande cambiamento per i genitori. Durante la gravidanza le emozioni sono contrastanti, c'è la gioia per il nuovo arrivo, ma anche la paura di perdere la propria indipendenza. Anche i timori e le preoccupazioni legate alla responsabilità genitoriale entrano in gioco: sarò in grado di prendermi cura di mio figlio? Saprò proteggerlo? Come gestirò il mio nuovo ruolo? Anche i mutamenti nelle dinamiche di coppia costituiscono una sfida per molti genitori.

La realtà della nuova condizione genitoriale spesso non corrisponde alle scene idealizzate immaginate prima della nascita: la cura del bambino, il faticoso ritmo sonno-veglia-allattamento, i momenti di pianto e la frustrazione dei bisogni emotivi primari dei genitori (per esempio, la perdita di autonomia: «Non ho tempo per me», «E chi pensa ai *miei* bisogni?») possono far sentire gli adulti sopraffatti e costantemente esausti. Questa situazione può attivare

inconsiamente esperienze e sentimenti legati alla propria infanzia (schemi maladattivi). Di conseguenza, le difficoltà infantili, i sentimenti di abbandono o la rabbia del genitore si mescolano alla percezione dei bisogni del proprio bambino. Quando gli schemi maladattivi del genitore sono attivati, il neonato e i suoi vocalizzi o segnali comunicativi vengono quindi interpretati attraverso la lente costituita dall'attivazione dello schema.

Compiti di sviluppo per genitori e figli

Nelle settimane che seguono la nascita del loro bambino, i genitori devono adattarsi sotto diversi aspetti. Tra questi adattamenti possiamo citare i cambiamenti fisiologici della madre dopo il travaglio e il parto, la costruzione di un senso di fiducia nelle proprie abilità genitoriali, la perdita temporanea di identità professionale, la transizione verso la genitorialità e il passaggio da una relazione diadica a una triadica (per ulteriori informazioni si veda Stern, 1995). Oltre alla nuova identità di genitori e al cambiamento all'interno della relazione, è anche necessario che i genitori inizino a trovare un equilibrio tra i bisogni fisici innati del bambino e quelli emotivi: legame, autonomia, autostima e piacere (spontaneità, divertimento e gioco). Anche il bambino attraversa enormi cambiamenti nei primi due anni di vita, deve imparare a padroneggiare l'ingestione di cibo e la digestione, regolare i cicli sonno-veglia, regolare il comportamento affettivo, focalizzare la propria attenzione, bilanciare i bisogni di attaccamento ed esplorazione e i bisogni di dipendenza e autonomia.

Coping e interazione

La capacità di un bambino di far fronte ai compiti di sviluppo e alle sfide che questi comportano può essere costruita solo tramite l'aiuto co-regolativo dei genitori. Tuttavia, il bambino, il genitore e i fattori situazionali influenzano la co-regolazione. Quindi mentre genitori e bambini mettono sul tavolo le proprie vulnerabilità, predisposizioni e limitazioni, lo sviluppo del bambino ne viene influenzato.

Questi fattori non ricadono solo sui compiti di sviluppo, ma anche sulla qualità del rapporto tra genitore e bambino: fattori come i tratti della personalità del genitore, i suoi schemi e le sue strategie di coping, così come eventuali fattori di stress presenti, influenzano la qualità della relazione. Anche il figlio influisce sul dialogo genitore-bambino attraverso i propri fattori costituzionali, che influenzano l'adattamento e l'autoregolazione (temperamento, livelli normali e «massimi» di eccitazione, competenze di autoregolazione). Se il bambino ha

La Schema Therapy con gli adolescenti

Christof Loose, Peter Graaf e Ruth A. Holt

CASO CLINICO

Lea-Marie ha 15 anni e frequenta la prima superiore. Vive con la madre e la sorellastra di 12 anni in un piccolo appartamento con due camere da letto. I suoi genitori hanno divorziato quando aveva 2 anni e le successive relazioni della madre non sono state fortunate: nessuna è durata più di sei mesi. Durante quei primi anni, la madre ha avuto cinque relazioni fallimentari che l'hanno gettata in uno stato di subbuglio emotivo. Lea-Marie ha dovuto spesso supportarla, consolandola e fornendole sostegno emotivo. A lei non erano piaciuti alcuni dei nuovi partner della madre e spesso aveva fatto il possibile per creare conflitto; tuttavia, quando le relazioni si concludevano, la bambina si sentiva in colpa, specialmente quando la madre lamentava di sentirsi sola.

Quando Lea-Marie aveva 10 anni, sua madre le ha promesso che avrebbe chiuso definitivamente con gli uomini. Ha iniziato a dedicarsi esclusivamente alle sue due figlie e al lavoro part-time come responsabile in un'azienda di spedizioni gestita da un'amica. In seguito, sia la madre che la sua datrice di lavoro si sono immischiate nella vita privata di Lea-Marie, interessandosi delle sue relazioni sentimentali. Nonostante questo la infastidisse, Lea-Marie non ha mai sollevato il problema con loro.

Durante la prima infanzia e il periodo della scuola primaria, Lea-Marie ha raggiunto con facilità tutte le tappe dello sviluppo. Di natura tranquilla, si dimostrava inibita ed esitante, ma era anche dotata di grande forza di volontà, perseveranza e risolutezza. Le sue abilità atletiche erano fonte di orgoglio: grazie

alla sua struttura snella, si affermava sempre come la bambina più veloce e flessibile dei corsi di ginnastica e di danza classica che frequentava. Poi è arrivata la pubertà. Una notte, il suo primo ciclo mestruale l'ha colta di sorpresa, il suo seno è cresciuto in poche settimane e ha sviluppato forme più femminili che hanno completamente trasformato il suo corpo. Inoltre è aumentata di peso e ha smesso di essere la migliore del suo corso di ginnastica. Gli sguardi dei ragazzi l'hanno fatta sentire ancora più a disagio e così ha iniziato a ritirarsi, inizialmente dal suo gruppo dei pari, poi dalle attività organizzate dalla squadra di ginnastica, e infine anche dalla sua famiglia. Lea-Marie ha iniziato ad avere difficoltà nel concentrarsi a scuola e nello svolgimento dei compiti e ha sviluppato problemi legati al sonno, incubi, mal di testa e mal di stomaco che l'hanno resa sempre più irritabile e scontenta. I suoi voti sono peggiorati e ha ricevuto cinque comunicazioni dalla scuola che la avvertivano di possibili insufficienze. È stato a questo punto che è risultato evidente che Lea-Marie aveva bisogno di aiuto e supporto.

Compiti di sviluppo fase-specifici, interazioni, conflitti e mode da una prospettiva Schema Therapy

L'adolescenza è il tempo che intercorre tra l'infanzia e la piena maturazione sessuale: la prima adolescenza si colloca tra i 10 e i 13 anni; la media adolescenza copre l'età compresa tra i 14 e i 17 anni, mentre la tarda adolescenza si verifica tra i 18 e i 22 anni (si veda la tabella 7.1). La pubertà (dal latino *pubertas*, ovvero «maturità sessuale») si riferisce specificamente a un periodo durante l'adolescenza caratterizzato da una serie di cambiamenti fisiologici che portano alla maturità sessuale e consentono l'ulteriore crescita verso un corpo adulto pienamente sviluppato e capace di riprodursi.

TABELLA 7.1
Adolescenza e fasce d'età

Descrizione	Età
Prima adolescenza	10-13 anni
Media adolescenza	14-17 anni
Tarda adolescenza	18-22 anni

Fonte: Steinberg, 2005.

Quando non diversamente specificato, ci concentreremo sulla media adolescenza e utilizzando le parole «giovane» e «adolescente» ci riferiremo a questo periodo specifico.

Traguardi e temi dello sviluppo

L'adolescenza è una fase dello sviluppo caratterizzata da molte opportunità e possibilità, ma anche da potenziali rischi e richieste pressanti.

Passare dall'infanzia all'età adulta significa entrare in un mondo sconosciuto, molto meno strutturato e che offre molta più libertà rispetto alle precedenti esperienze dell'adolescente. I cambiamenti esplosivi nella struttura del corpo, così come le nuove sensazioni corporee, creano confusione, specialmente perché anche l'ambiente circostante reagisce a questi cambiamenti (Oerter & Dreher, 2008, p. 317).

Secondo Dreher e Dreher (2002, citato anche in Oerter & Dreher, 2008, p. 279), gli obiettivi di sviluppo centrali durante la fase dell'adolescenza sono i seguenti:

- sviluppare relazioni nuove e più mature con i pari di ambo i sessi;
- instaurare una relazione stretta con un amico o un'amica;
- assumere un ruolo maschile o femminile nella società;
- sviluppare una chiara immagine di sé (conoscere se stessi e il modo in cui si viene visti dagli altri);
- accettare i cambiamenti del corpo e dell'aspetto;
- distaccarsi o rendersi indipendenti dai genitori;
- prepararsi alle relazioni sentimentali (e sviluppare un'idea di tali relazioni);
- maturare delle aspirazioni professionali;
- adottare valori che orientino il comportamento;
- sviluppare una visione del futuro, pianificare la propria vita e impegnarsi perseguendo degli obiettivi.

Problemi comuni

Secondo Carr (2015) e Döpfner, Lehmkuhl, Heubrock e Petermann (2000), i problemi più comuni in questa fascia d'età derivano dalle difficoltà nell'accettare l'immagine di sé, stabilire relazioni con i pari di ambo i sessi, instaurare relazioni intime, distaccarsi dai propri genitori, valutare obiettivi di carriera, sviluppare un sistema di valori e imparare ad agire in modo socialmente responsabile.

Alla luce di questi compiti e processi difficili, non sorprende che rispetto agli altri stadi dello sviluppo l'adolescenza costituisca una fase di particolare instabilità e sensibilità.

Compiti a casa, *flashcard* e diari

Christof Loose, Peter Graaf e Ruth A. Holt

Compiti a casa

I compiti a casa hanno un ruolo speciale nella Schema Therapy, ed è ciò di cui vogliamo parlare in questo paragrafo.

In linea generale, se un bambino dorme circa 10 ore al giorno e segue un percorso di psicoterapia settimanale, significa che passa una sola ora alla settimana con il terapeuta su un totale di 98 ore di veglia settimanali (come illustrato nella figura 14.1). Il tempo trascorso in terapia è estremamente limitato se si considera il totale delle ore disponibili; pertanto, non sorprende

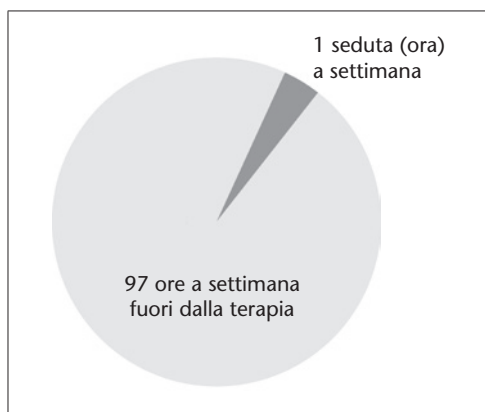


Fig. 14.1

Rapporto tra il tempo dedicato al trattamento e le rimanenti ore di veglia nel corso della settimana per un bambino in psicoterapia ambulatoriale con cadenza settimanale.

che tra una seduta e l'altra i bambini e gli adolescenti tendano a dimenticare il contenuto delle sessioni terapeutiche, specialmente se questo percorso non è stato intrapreso per loro volontà o se sono demotivati per altre ragioni.

Cosa succede nelle restanti 97 ore che intercorrono tra una sessione e l'altra? Zeek, Hartmann e Orlinsky (2004) chiamano questo lasso di tempo «settore di indagine trascurato», un'enorme quantità di ore se consideriamo il rapporto tra il tempo passato in terapia e quello rimanente nel corso della settimana. Proprio per questo, i compiti a casa sono generalmente riconosciuti come fondamentali per il lavoro CBT (Blagys & Hilsenroth, 2002) e quasi ogni manuale sull'argomento ne sottolinea l'importanza per la terapia.

Nel lavoro con i bambini fino all'età prescolare, i genitori costituiscono il perno attorno al quale ruotano i compiti assegnati a casa. È importante verificare regolarmente se costoro si stiano trovando bene con i compiti e come stiano cercando di integrarli nella vita quotidiana per modificare il comportamento problematico. Uno degli ostacoli più comuni risiede nel fatto che tipicamente i bambini e gli adolescenti (oppure, nel caso dei più piccoli, i genitori stessi) completano questi compiti solo parzialmente o con svogliatezza, oppure non li svolgono affatto. Certo può essere impegnativo il fatto che i compiti assegnati dal terapeuta si vadano ad aggiungere a quelli di scuola o alle responsabilità lavorative. A questo proposito Zandt e Barrett (2017) suggeriscono di utilizzare altri termini, ad esempio «esercizi comportamentali, esperimenti comportamentali, attività terapeutiche, accordi per la pratica o l'allenamento, proponimenti [terapeutici] e/o sperimentazioni giornaliere». Sulla base della nostra esperienza sconsigliamo di utilizzare parole come «trattamento», «compiti a casa» o «compiti terapeutici» nella psicoterapia del bambino o dell'adolescente. Preferiamo invece riferirci a essi chiamandoli «esperimenti, test, sfide, lavori da detective, esplorazioni, allenamenti» e così via.

Ciononostante, i bambini e gli adolescenti spesso incontrano delle difficoltà nel completare a casa gli esercizi (o in qualsiasi altro modo il terapeuta preferisca chiamarli). Questo ovviamente compromette il processo di miglioramento: dopotutto (a prescindere dalla natura degli interventi), la terapia riguarda il registrare, mettere in pratica e consolidare dei nuovi comportamenti o delle nuove esperienze, applicarle alla vita quotidiana e acquisire la capacità di utilizzare le competenze apprese anche nelle situazioni di emergenza. Pertanto, come per qualsiasi forma di terapia, la questione riguardante il trasferimento del lavoro terapeutico alla vita di tutti i giorni è fondamentale al fine di generalizzare i miglioramenti nel contesto scolastico, a casa o con il gruppo dei pari e non solo durante le sedute. Naturalmente, per potersi attendere dei cambiamenti significativi, è necessario che il paziente

possa esercitarsi nell'adozione dei nuovi comportamenti. Pertanto, perché i compiti vengano completati sarà necessario fornire aiuto e supporto (come l'attenzione da parte dei genitori) oppure creare degli incentivi (ad esempio piani comportamentali).

Altri problemi possono emergere quando il caregiver svolge i compiti al posto del paziente. Spesso questo accade quando il bambino è troppo passivo e nella propria vita si pone nel ruolo di osservatore piuttosto che di attore. Non di rado, quando diventa troppo difficile continuare a motivare il bambino o cercare di costringerlo a fare qualcosa che non sembra disposto a fare, terapeuti, genitori o insegnanti cedono alla rassegnazione.

Nella Schema Therapy, non fare e/o dimenticare di fare i compiti è un «comportamento gradito», che fornisce lo spunto per parlare della motivazione alla terapia e degli altri fattori che potrebbero compromettere l'evoluzione del comportamento pianificato. Dimenticare di fare i compiti potrebbe significare «Non voglio cambiare niente» o «Non è così importante per me», oppure ancora «È troppo faticoso, non ce la faccio». Naturalmente, potrebbe essere anche sintomo di problemi legati all'attenzione e alla concentrazione (come quelli connessi all'ADHD), oppure essere il segnale di un atteggiamento disingaggiato (causato, ad esempio, da richieste eccessive da parte della scuola). Il terapeuta può iniziare a determinare quale sia il problema presentato prestando attenzione alla reazione del paziente, ad esempio se questi si rammarica o si arrabbia per la propria dimenticanza. Molti bambini e adolescenti danno l'impressione di non curarsene, un atteggiamento che solitamente è espressione della mancanza di volontà di assumersi ulteriori responsabilità di cui non si comprende o non si vuole comprendere il significato («Ci vado una volta alla settimana, è già abbastanza!»).

La Schema Therapy considera la mancanza di *compliance* del paziente come un'informazione cruciale al fine di identificare gli schemi maladattivi posti in essere dal soggetto e di definire una strategia per affrontarli. La resistenza del bambino («Non voglio fare i compiti») viene attivamente accolta e diventa tema di discussione. L'obiettivo è che il paziente possa riconoscere i benefici derivanti dagli esercizi a casa e di conseguenza desideri mostrare al terapeuta di stare lavorando per raggiungere i propri obiettivi. La parte difficile è elicitare questo desiderio nel minore, la cui motivazione nei confronti della terapia proviene tendenzialmente dall'esterno. Questa fascia d'età richiede particolare attenzione e impegno (si veda il Capitolo 9, paragrafo *Psicoeducazione*): i bambini a volte dimenticano quali siano i benefici o gli obiettivi della terapia, quindi il terapeuta dovrà regolarmente mostrare loro gli obiettivi del percorso che hanno intrapreso ed enfatizzarne i vantaggi.

Educazione tramite supporti alla formulazione e disegni

Secondo quanto suggerisce Berbak nel suo lavoro, i terapeuti possono spiegare ai genitori cosa sono gli schemi e i mode utilizzando i seguenti esempi di senso comune.

Descrivere gli schemi nel linguaggio di tutti i giorni

«Tutti abbiamo dei punti dolenti o delle vulnerabilità causate dalle situazioni difficili che abbiamo vissuto lungo il corso della nostra vita. Spesso questi punti dolenti si sviluppano nelle prime fasi di vita di una persona e hanno un impatto sulle sue esperienze. I punti dolenti sono parte di noi. Non sempre veniamo trattati bene oppure riceviamo ciò di cui abbiamo bisogno e quindi sviluppiamo dei meccanismi di difesa attorno a questi punti dolenti. Così, anche da adulti, continuiamo a essere sensibili ad alcune situazioni o fattori attivanti che ci ricordano il dolore, la delusione e la sofferenza che abbiamo vissuto in passato.

Quando ci troviamo di fronte a questi fattori attivanti reagiamo come facevamo da bambini, quando non eravamo in grado di risolvere la situazione o porvi fine. Questi punti dolenti potrebbero essere importanti per la situazione che mi state riportando. Quando il punto dolente viene attivato, reagiamo in maniera eccessiva a eventi altrimenti normali, come se qualcuno avesse premuto un interruttore. Questo meccanismo si chiama "attivazione dello schema". Ciononostante, i punti dolenti possono essere leniti o, idealmente, curati. Quali potrebbero essere i vostri punti dolenti? Esistono delle situazioni in cui non avete fiducia in voi stessi oppure vi sentite più un bambino che un adulto? C'è qualcosa a cui siete particolarmente sensibili?».

Descrivere i mode nel linguaggio di tutti i giorni

«Sono poche le persone che sentono, pensano e agiscono esattamente allo stesso modo in ogni situazione. Nella vita di tutti i giorni, i nostri stati d'animo possono variare molto. In seguito a questi cambiamenti di umore talvolta ci sentiamo delle persone diverse. La maggior parte degli individui riesce a percepire chiaramente il momento in cui passa da uno stato d'animo all'altro. Talvolta, sembra che un mode specifico domini tutti i nostri sentimenti, i nostri pensieri e le nostre azioni, ma poi è una "parte" diversa a prendere il controllo e determinare il nostro umore. Tutti noi siamo costituiti da diversi mode o "parti" e può essere utile sapere quali

di queste siano funzionali e come gestire quelle che invece sono disfunzionali. Alcune "parti" ci rendono la vita difficile. Ti sembra di capire a cosa mi sto riferendo?».

A questo punto, il *mode work* può partire da queste domande:

«Quali mode/parti di te sono le principali o le più importanti? È bene dare un nome a questi mode. Poterli nominare non solo rende più facile riconoscerli ma ti permette anche di identificarli e in ultima analisi di influenzerli o di modificarli se si rivelano disfunzionali. Ci sono altri mode più deboli o che si manifestano più di rado?».

Un altro approccio è quello di identificare un mode che si è già manifestato durante il corso della discussione:

«Ho notato che quando parli di Samuele cambi postura, ti commuovi e parli a bassa voce. Quello è il tuo mode Bambino Vulnerabile. In queste situazioni ti sembra di sentirti come un bambino piccolo che non sa cosa fare? Ho percepito anche una parte di te più dura e dominante che è stufa del fatto che Samuele continui a dettare legge nella tua famiglia. Ecco, quella parte talvolta viene chiamata mode Punitivo o mode Esigente; è una parte molto dura e collerica: guardiamone insieme le caratteristiche».

A mano a mano che i mode vengono identificati, è possibile adottare degli approcci Schema Therapy, tra cui:

- *domande su costi e benefici*: «Sotto quali aspetti questo mode ti ha aiutato quando eri bambino? Quando e a quale scopo assumevi questo mode? Oggi è ancora così? Ci sono degli svantaggi o delle conseguenze negative quando ti trovi in quel mode? Esiste un collegamento tra il mode e le difficoltà che stai vivendo attualmente?»;
- *domande sul cambiamento*: «Se il mode si attenuasse, si indebolisse, o scomparisse del tutto, quali sarebbero le conseguenze? Quale sarebbe l'impatto sulla tua vita? Questo vale anche per gli altri mode?».

Un metodo educativo molto utile è quello che prevede la creazione di un disegno o di una mappa per rappresentare gli schemi e mode, così come descritto nel precedente capitolo (e nel Capitolo 3). Nel lavoro con i genitori la mappa può essere più complessa e realizzata su misura per la famiglia. Durante la fase di valutazione, il terapeuta può realizzare per i genitori una rappresentazione visiva dei pattern relazionali della famiglia. Il clinico può anche annotare alcune parole o frasi chiave che i genitori hanno pronunciato o che sono importanti per il caso: questo lo aiuta a fornire un'immagine di

ciò che accade quando tutti gli schemi e i mode pertinenti interagiscono tra loro. Questa mappa può quindi servire da orientamento e linea guida per la terapia con i genitori, in modo da poter lavorare in modo graduale sui «punti dolenti». La mappa potrebbe essere simile a quella riportata nella figura 16.2.

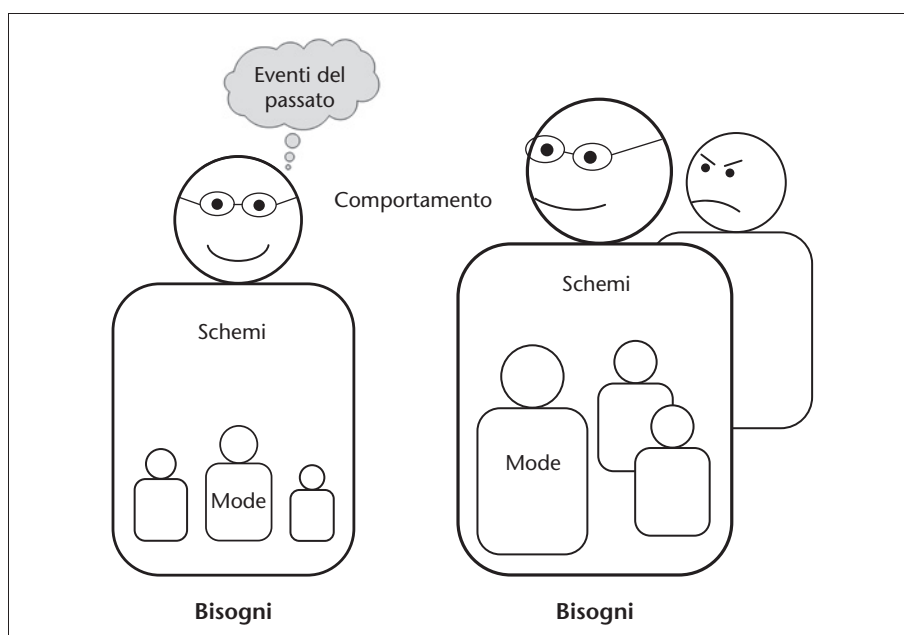


Fig. 16.2 Mappa degli schemi e dei mode. Eventi del passato/esperienze d'infanzia, comportamento, schemi, mode e bisogni emotivi primari.

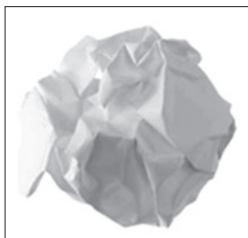
Anche fratelli, sorelle e altre persone rilevanti possono essere rappresentati e inclusi nella mappa. Le esperienze infantili che hanno ancora un'influenza sul presente possono essere espresse sotto forma di nuvolette contenenti i pensieri. Anche le credenze tipiche o le «regole» della famiglia possono essere raffigurate con lo stesso espediente.

Infine, i circoli viziosi possono essere illustrati tramite delle frecce che indicano quali mode o schemi si attivino reciprocamente.

Bibliografia

Berbalk, H. (2012). *Arbeit mit Handpuppen in der Schematherapie*. Paper presented at Hamburg, April 24.

PALLE DI NEVE



Per continuare il gioco, il terapeuta invita i partecipanti a fare delle «palle di neve» con i fogli usati durante la guerra con le matite. Chiede loro di schiacciare con forza le palle di carta che hanno realizzato per far uscire tutta la rabbia che hanno ancora in corpo. Dopodiché, quando tutte le coppie sono pronte, il gruppo viene diviso in due squadre. Le coppie si uniscono alla stessa squadra e i due terapeuti si dividono. Al centro della stanza viene

costruita una barriera fatta di sedie e coperte (in modo che i bambini non lancino le palle di neve direttamente contro i loro compagni, ma sopra la barriera).

L'obiettivo di ciascuna delle due squadre è di sbarazzarsi del maggior numero possibile di palle di neve gettandole rapidamente sopra la barriera che divide a metà la stanza, fino allo scadere del tempo. Quando il tempo è scaduto, le palle di neve cadute in ciascuna delle due parti della stanza vengono contate. Vince la squadra che totalizza il minor numero di palle di neve. Di solito al gruppo vengono concessi dai 3 ai 5 minuti per svolgere questo gioco.

È importante ricordare ai bambini di non direzionare le palle di neve verso il volto dei loro compagni.

Imprecare con la frutta e la verdura

di Elena Romanova



Età: dai 6 anni in su.

Mode: Bambino Arrabbiato.

Obiettivi: sfogarsi e divertirsi con la rabbia in gruppo, acquisire nuove competenze di gestione della rabbia.

Materiale: un elenco di prodotti ortofrutticoli.

Istruzioni per i bambini

«Quando ci arrabbiamo spesso gridiamo e insultiamo gli altri. Questo accade quando siamo molto arrabbiati e non conosciamo altri modi per esprimere i nostri sentimenti. Vogliamo aiutarvi a esprimere la vostra rabbia, ma senza che sia necessario insultare e ferire gli altri. Il prossimo gioco servirà a raggiungere questo obiettivo: ci arrabbieremo, ma invece degli insulti utilizzeremo la frutta e la verdura. Dividiamoci in coppie, il gioco si svolgerà a turni. La prima persona sceglie una verdura e ad esempio dice: “Sei una carota!”, esprimendo la sua rabbia con la voce, le espressioni del volto, la postura, ecc. Cercate di comportarvi come se fosse un vero litigio. Il compagno allora risponde con un altro vegetale: “E tu sei un cavolo!”. Una volta terminate le verdure, potete utilizzare la frutta».

Verdura	Frutta
Cavolo	Fragola
Carota	Ciliegia
Patata	Prugna
Spinacio	Mora
Ravanello	Mela
Rapa	Mirtillo
Melanzana	Anguria
Cetriolo	Melone
Pomodoro	Albicocca
Sedano	Pesca
Broccolo	Kiwi
Peperone	Banana
Zucchina	Caco
Zucca	Avocado
Lattuga	Arancia
Carciofo	Mandarino
Cavolfiore	Fico
Mais	Uva
Fagiolo	Ribes

Litigare con i «sì» e con i «no»

di Elena Romanova

Età: dai 6 anni in su.

Mode: Bambino Arrabbiato.

Obiettivo: sfogarsi e divertirsi con la rabbia in gruppo, acquisire nuove competenze nella gestione della rabbia.

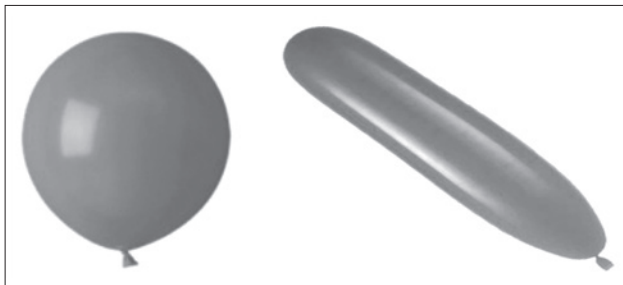
Materiale: non necessario.

Istruzioni per i bambini

«Dividetevi in coppie. Ora fingeremo di litigare, ma invece che usare delle frasi articolate potrete usare solo due parole, “sì” e “no”. Potrete usare solo il tono e il volume della voce, le espressioni del volto e il linguaggio del corpo per convincere il vostro compagno di “avere ragione”. Iniziate parlando a bassa voce e aumentate sempre più l’intensità». Ogni coppia inscena il litigio di fronte a tutto il gruppo.

Battaglia di palloncini

di Elena Romanova



Età: dai 6 anni in su.

Mode: Bambino Arrabbiato.

Obiettivi: sfogarsi e divertirsi con la rabbia in gruppo, acquisire nuove competenze di gestione della rabbia.

Materiale: palloncini allungati e palloncini rotondi.

Istruzioni per i bambini

«Ora faremo una battaglia un po' particolare. Dividetevi in coppie. La persona in attacco avrà una spada [date loro dei palloncini allungati] mentre la persona in difesa avrà uno scudo [date loro dei palloncini tondi]».

I terapeuti mostrano come combattere e invitano i bambini a sfogare la loro rabbia in maniera giocosa. Dopo il primo scontro, i bambini si scambiano di ruolo.

Il mostro delle parole cattive: affrontare il bullismo



Età: dai 6 anni in su.

Mode: Bambino Arrabbiato.

Obiettivi: aiutare i bambini a parlare di sé (auto-rivelazione), fornire un'esperienza catartica di riattribuzione delle «parole cattive» e imparare a gestire le offese.

Materiale: un «mostro delle parole cattive» costruito con una scatola per le scarpe e della carta, dentro cui mettere le «parole cattive»; piccoli pezzi di carta; penne/matite.

Istruzioni per i bambini

«Vorrei presentarvi un mio buon amico. È un mostro, ma lui non è un mostro come gli altri. Non è come quelli che vedete in TV, nei cartoni o nei film, e nemmeno come uno di quei mostri che i bambini vedono qualche volta nei loro sogni. È un mostro molto speciale, un “mostro delle parole cattive”. Si chiama così perché mangia le parole cattive, sono il suo cibo preferito! E ora ha molta fame e mi ha chiesto di aiutarlo. Vogliamo provare a dargli da mangiare?

Su questi foglietti di carta scrivete gli insulti e tutte le parole e frasi cattive che avete sentito dire dalle altre persone. Queste parole possono avervi ferito, potrebbero avervi reso tristi o arrabbiati, o magari non avevate le parole giuste per rispondere a tono e impedire agli altri di darvi fastidio. Su questi bigliettini scrivete le parole e le frasi che ricordate e tra parentesi specificate chi ve le ha dette e in quale situazione. Più tardi sfameremo il mostro con tutti i vostri bigliettini».

Successivamente, i bigliettini vengono recuperati dalla scatola del mostro e tutto il gruppo, terapeuti compresi, cerca di rispondere alle parole/frasi cattive senza aggressività e senza ricorrere agli insulti ma utilizzando delle risposte divertenti e assertive. È molto importante ricordare ai bambini che possono scrivere e dire tutto ciò che è stato detto loro, a prescindere da quanto queste frasi possano essere state cattive o violente. Per iniziare i terapeuti raccontano alcune storie personali e forniscono degli esempi di parole cattive che hanno sentito durante la loro infanzia.