

Modelli integrati di Schema Therapy per l'età evolutiva

Aggiornamento, pratica
e applicazioni cliniche per il
trattamento dei bisogni emotivi

A cura di
Stefano Terenzi e Christof Loose

GUIDE
PSICOLOGIA

The Erickson logo is a red square with the word "Erickson" in white serif font. The letter "i" in "Erickson" has a small white square above it.

Erickson

IL LIBRO

MODELLI INTEGRATI DI SCHEMA THERAPY PER L'ETÀ EVOLUTIVA

Questo manuale esplora il vasto panorama della Schema Therapy (ST) applicata a bambini e adolescenti, con un approccio scientificamente fondato e clinicamente orientato.

Il volume nasce dal confronto tra clinici, formatori e ricercatori con una lunga esperienza nella pratica terapeutica e nell'adattamento della Schema Therapy al lavoro evolutivo.

Con un linguaggio accessibile e un taglio operativo, si analizzano i modelli e i fondamenti teorici della ST, si illustra come essa possa dialogare con altri modelli e approcci, si descrivono nel dettaglio le applicazioni cliniche per categorie diagnostiche e si forniscono tecniche e strumenti operativi, nonché strumenti di valutazione *schema-based*.

Un manuale avanzato e integrativo, pensato per terapeuti, specializzandi, formatori e operatori dell'età evolutiva, che desiderano approfondire il

La guida coniuga rigore scientifico e una visione umana del lavoro clinico, per aiutare il paziente a riconoscere e trasformare il proprio mondo emotivo.

modello Schema Therapy e arricchire la propria pratica con strumenti concreti, orientamenti clinici aggiornati e contaminazioni teoriche stimolanti.

I CURATORI



STEFANO TERENZI

Psicologo clinico
e Psicoterapeuta,
Trainer/Supervisore
in Schema Therapy
con i Bambini e
gli Adolescenti,
Presidente dell'AIST-BA.



CHRISTOF LOOSE

Psicologo clinico
e Psicoterapeuta
specializzato nel
lavoro con i bambini
e gli adolescenti,
Terapeuta certificato
in ST-BA.

€ 34,00



www.erickson.it



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

Indice

| | |
|---|-----|
| <i>Introduzione (Stefano Terenzi e Christof Loose)</i> | 11 |
| CAPITOLO 1 | |
| La Schema Therapy: teoria, pratica e aggiornamenti (Stefano Terenzi, Nicola Marsigli e Rosario Capo) | 15 |
| CAPITOLO 2 | |
| La Schema Therapy in età evolutiva (Stefano Terenzi e Christof Loose) | 45 |
| CAPITOLO 3 | |
| Schemi Maladattivi Precoci e rischio psicopatologico in età evolutiva (Matteo Fabris) | 81 |
| CAPITOLO 4 | |
| Il concetto di <i>mode</i> nella Schema Therapy: evoluzione teorica, applicazioni cliniche ed evidenze empiriche (Stefano Terenzi) | 101 |
| CAPITOLO 5 | |
| L'approccio Scopistico-Funzionalista nella Schema Therapy per bambini e adolescenti: la Functional Analytic Schema Therapy (FAST) (Rosario Capo e Stefano Terenzi) | 117 |
| CAPITOLO 6 | |
| Schema Therapy per Bambini e Adolescenti: modelli di integrazione con DBT e ACT (Claudio Paloscia, Silvia Petroni e Marcello Ruggiero) | 165 |
| CAPITOLO 7 | |
| Schema Therapy per Bambini e Adolescenti: modelli di integrazione con COSP™ e CPP (Claudio Paloscia e Elena Arganini) | 183 |
| CAPITOLO 8 | |
| Quando la Teoria Polivagale Incontra la Schema Therapy: nuovi orizzonti per il benessere di bambini e adolescenti (Roberta Rubbino) | 201 |
| CAPITOLO 9 | |
| Schema Therapy e Mindfulness Cognitive Therapy B-A (Anna Bartoccini) | 227 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| CAPITOLO 10 | Schema Therapy-Bambini e Adolescenti: quando il Parent Coaching incontra la compassione (<i>Barbara Gentile</i>) | 253 |
| CAPITOLO 11 | La Schema Therapy con i Bambini e gli Adolescenti per i disturbi internalizzanti (<i>Stefano Terenzi</i>) | 277 |
| CAPITOLO 12 | La Schema Therapy con i Bambini e gli Adolescenti per i disturbi esternalizzanti (<i>Stefano Terenzi</i>) | 315 |
| CAPITOLO 13 | La Schema Therapy nel trattamento dei disturbi alimentari (<i>Laura Beccia</i>) | 379 |
| CAPITOLO 14 | Schema Therapy per l'età evolutiva: un caso di DOC (<i>Caterina Sirimarco</i>) | 405 |
| CAPITOLO 15 | Utilizzo di pratiche psicomotorie attraverso il gioco per la soddisfazione dei Bisogni Emotivi Primari (<i>Felice Vecchione</i>) | 425 |
| CAPITOLO 16 | Movimento ed esperienza corporea nella soddisfazione dei Bisogni Emotivi Primari (<i>Patrizia Scollato</i>) | 437 |
| CAPITOLO 17 | Il lavoro sulle risorse: costruire la relazione terapeutica e potenziare il mode Intelligente e Saggio (<i>Mariagrazia Brun e Caterina Sirimarco</i>) | 457 |

Bibliografia

APPENDICI

1. DISC: *Düsseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children*
2. B-YSQ-A: *Young Schema Questionnaire for Adolescents – Brief Version*



Introduzione

Comprendere lo sviluppo della psicopatologia significa, prima di tutto, comprendere i *bisogni emotivi fondamentali che guidano lo sviluppo umano*. Quando tali bisogni — di sicurezza, connessione, autonomia, espressione emotiva e limiti realistici — trovano risposta in relazioni sufficientemente sintonizzate, favoriscono la costruzione di un senso di sé stabile e di modalità adattive di regolazione emotiva e relazionale. Quando invece questi bisogni vengono sistematicamente frustrati o soddisfatti in modo incoerente, possono emergere pattern emotivi, cognitivi e relazionali disfunzionali che tendono a organizzarsi in strutture relativamente stabili dell'esperienza psicologica.

È all'interno di questa prospettiva che si colloca la *Schema Therapy* (ST), sviluppata da Jeffrey Young come evoluzione integrativa della terapia cognitivo-comportamentale e progressivamente affermatasi come uno dei modelli più articolati per comprendere la genesi e il mantenimento della psicopatologia.

Nel corso degli ultimi decenni il modello ha dimostrato una particolare capacità di integrare contributi provenienti da diverse tradizioni teoriche — dalla teoria dell'attaccamento alla terapia cognitivo-comportamentale, dalla psicologia dello sviluppo alle tecniche esperienziali —, offrendo una cornice clinica capace di collegare le esperienze relazionali precoci con l'organizzazione dei pattern emotivi e comportamentali dell'individuo.

In questa prospettiva, la Schema Therapy non rappresenta soltanto un insieme di tecniche terapeutiche, ma un vero e proprio *modello esplicativo dello sviluppo della psicopatologia*, centrato sul ruolo dei bisogni emotivi fondamentali e sulla formazione degli Schemi Maladattivi Precoci.

Negli ultimi anni la Schema Therapy ha conosciuto *una crescente diffusione anche nell'ambito dell'età evolutiva*, dando origine a un progressivo sviluppo di modelli clinici, strumenti di assessment e protocolli di intervento specifici per il lavoro con bambini, adolescenti e famiglie. Lavorare con l'età evolutiva significa intervenire in una fase dello sviluppo in cui gli schemi sono ancora in formazione e le modalità di coping non risultano pienamente consolidate. Ciò rende possibile un'azione terapeutica potenzialmente più preventiva e trasformativa rispetto a quanto avviene in età adulta.

Tuttavia, l'applicazione della Schema Therapy a bambini e adolescenti non consiste semplicemente nell'adattare tecniche originariamente sviluppate per il trattamento degli adulti. Essa richiede infatti un ripensamento teorico e metodologico che tenga conto delle specificità dello sviluppo, del ruolo centrale dei caregiver e delle dinamiche familiari e contestuali in cui il bambino cresce. La psicoterapia dell'età evolutiva offre quindi un'opportunità unica di intervento precoce, potenzialmente capace di modificare traiettorie di sviluppo psicopatologico e di promuovere percorsi di crescita più adattivi.

Parallelamente alla diffusione clinica del modello, numerosi clinici e ricercatori hanno iniziato a esplorare *nuove integrazioni tra la Schema Therapy e altri approcci psicoterapeutici contemporanei*, dando origine a prospettive teoriche e applicative sempre più articolate. In questo contesto è emersa l'esigenza di raccogliere e sistematizzare tali sviluppi, offrendo una riflessione aggiornata che metta in dialogo teoria, pratica clinica e innovazione metodologica.

Il presente volume nasce proprio da questa esigenza: proporre uno spazio di confronto tra diversi contributi che, pur muovendosi all'interno della cornice della Schema Therapy, esplorano nuove direzioni di sviluppo del modello nel lavoro con l'età evolutiva.

Il libro si configura quindi come un'opera collettanea che raccoglie contributi di clinici e ricercatori impegnati nello studio e nell'applicazione della Schema Therapy con bambini e adolescenti. L'intento è duplice: da un lato offrire una panoramica aggiornata dei fondamenti teorici e delle applicazioni cliniche del modello; dall'altro promuovere un dialogo scientifico e clinico capace di stimolare ulteriori sviluppi, integrazioni e innovazioni.

I primi capitoli introducono il modello della Schema Therapy e ne presentano gli sviluppi teorici più recenti, delineandone le basi concettuali e le implicazioni cliniche per il lavoro con l'età evolutiva. In particolare, vengono approfonditi alcuni costrutti centrali della teoria — gli Schemi Maladattivi Precoci, i bisogni emotivi fondamentali e il modello dei *mode* — evidenziandone il ruolo nella comprensione dello sviluppo della psicopatologia e del rischio psicologico in bambini e adolescenti.

Una seconda parte del volume esplora il dialogo tra la Schema Therapy e altri modelli psicoterapeutici contemporanei. Diversi contributi illustrano possibili integrazioni con approcci quali la Dialectical Behavior Therapy, l'Acceptance and Commitment Therapy, il Circle of Security Parenting, il Coping Power Program e

la Mindfulness. Questi capitoli mostrano come la Schema Therapy, proprio grazie alla sua natura intrinsecamente integrativa, possa costituire una piattaforma teorica e clinica capace di dialogare con altri approcci basati sull'evidenza e di arricchirsi attraverso tali confronti.

Il volume include inoltre contributi dedicati a specifiche applicazioni cliniche della Schema Therapy nel trattamento dei principali quadri psicopatologici dell'età evolutiva, con particolare attenzione ai disturbi internalizzanti, ai disturbi esternalizzanti e ai disturbi alimentari. Accanto agli aspetti più strettamente clinici, alcuni capitoli approfondiscono dimensioni centrali nel lavoro terapeutico con bambini e adolescenti, quali il *parent coaching*, il lavoro sulle risorse, la costruzione della relazione terapeutica e l'utilizzo di esperienze corporee, psicomotorie e di gioco per favorire la soddisfazione dei bisogni emotivi fondamentali.

A completamento del volume, l'appendice disponibile online presenta alcuni strumenti di assessment utilizzati nella ricerca e nella pratica clinica nell'ambito della Schema Therapy con bambini e adolescenti, offrendo ai lettori materiali utili per la valutazione degli schemi e dei mode in età evolutiva.

Nel loro insieme, i contributi raccolti in questo libro riflettono la vitalità e la continua evoluzione della Schema Therapy applicata all'età evolutiva. Più che proporre un modello definitivo e concluso, il volume intende offrire una piattaforma di confronto e di sviluppo, nella convinzione che la crescita di un approccio terapeutico dipenda dal dialogo costante tra pratica clinica, ricerca empirica e integrazione teorica.

Ci auguriamo che questo libro possa rappresentare una risorsa utile per psicoterapeuti, ricercatori e professionisti della salute mentale impegnati nel lavoro con bambini, adolescenti e famiglie, contribuendo a promuovere interventi sempre più efficaci e sensibili ai bisogni emotivi fondamentali che accompagnano lo sviluppo umano fin dalle sue prime fasi.

Stefano Terenzi e Christof Loose

La Schema Therapy in età evolutiva

Stefano Terenzi e Christof Loose

Introduzione

In questo capitolo esploreremo le caratteristiche specifiche della Schema Therapy adattata ai bambini e agli adolescenti. La Schema Therapy per Bambini e Adolescenti (ST-BA) (Loose et al., 2023) rappresenta un'estensione del modello teorico e pratico della Schema Therapy, pensata specificamente per lo studio e il trattamento della psicopatologia in età evolutiva.

Come illustrato nel primo capitolo, la Schema Therapy (Young et al., 2003) pone un forte accento sull'identificazione e sulla soddisfazione dei bisogni emotivi fondamentali del bambino, come il bisogno di sicurezza, connessione e autonomia. Offrire uno spazio terapeutico in cui tali bisogni possano essere riconosciuti e soddisfatti anche nell'infanzia e nell'adolescenza permette di promuovere modalità più funzionali di pensare, sentire e agire (Loose et al., 2023; Sabzi et al., 2022).

Alla base del modello vi è il concetto di Schema Maladattivo Precoce (SMP), definito come pattern stabili e pervasivi di memoria, emozione e cognizione relativi a sé e agli altri, che si formano durante l'infanzia in risposta a bisogni emotivi fondamentali frustrati, spesso in contesti relazionali precoci significativi.

Tali schemi, se non riconosciuti e trasformati, tendono a riproporsi nel tempo in modo disfunzionale e autosabotante (Young et al., 2003); essi risultano particolarmente rilevanti in età evolutiva, proprio perché il processo di sviluppo è ancora in corso. La letteratura mostra che intervenire precocemente sugli SMP può prevenire l'evoluzione e la cronicizzazione di pattern disfunzionali in età adulta (Loose et al., 2023; Laious et al., 2024).

A sostegno di questo approccio, uno studio condotto su adolescenti con disturbi comportamentali dirompenti ha dimostrato come la Schema Therapy per Bambini e Adolescenti abbia contribuito a ridurre i comportamenti esternalizzanti (Roelofs et al., 2016; Van Wijk-Herbrink et al., 2017, 2021), intervenendo sui bisogni emotivi sottostanti e sui pattern disfunzionali. Inoltre, altri studi hanno mostrato un miglioramento in problemi di internalizzazione (ad esempio, Ahrnberg et al., 2024; Karimipour et al., 2021; Wong et al., 2021).

In effetti, diversi studi hanno documentato come bambini e adolescenti con schemi di Sfiducia/Abuso o Difettosità/Vergogna mostrino una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di comportamenti sia internalizzanti che esternalizzanti. La Schema Therapy con i Bambini e gli Adolescenti si propone di intervenire specificamente su tali schemi attraverso la psicoeducazione, il lavoro sui vissuti emotivi e interventi orientati ai bisogni, configurandosi come un approccio efficace e proattivo per la promozione della salute mentale nelle giovani popolazioni (Karimipour et al., 2021; GhodsiKhorasani et al., 2024).

A livello scientifico, così come un'ampia ricerca ha dimostrato la prevalenza di SMP nei disturbi mentali, nei problemi comportamentali e nei disturbi di personalità negli adulti (Jovev & Jackson, 2004; Nordahl et al., 2005), allo stesso modo ulteriori studi hanno dimostrato una forte connessione tra SMP, sintomi psicopatologici e disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti (Richardson, 2005; Muris, 2006; Lumley & Harkness, 2007; Van Vlierberghe & Braet, 2007; Calvete, 2008, 2013; Van Vlierberghe et al., 2010; Lawrence et al., 2011; Roelofs et al., 2011; Simard et al., 2011; Bakshi & Nikmanesh, 2013; Calvete et al., 2013a, 2013b, 2015; Roelofs et al., 2013; González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014; Orue et al., 2014; Damiano et al., 2015). È stato inoltre confermato come i 18 schemi maladattivi individuati in età adulta siano per la maggior parte confermati anche in età evolutiva (Stallard & Rayner, 2005; Stallard, 2007; Rijkboer & de Boo, 2010; Loose et al., 2023). *Ergo*, questa evoluzione metodologica risponde all'esigenza di intervenire precocemente sui pattern maladattivi emergenti, promuovendo la prevenzione di traiettorie psicopatologiche persistenti e favorendo uno sviluppo più sano e resiliente.

La ST-BA condivide con il modello per adulti i concetti fondamentali di bisogno emotivo primario, Schema Maladattivo Precoce, coping disfunzionale e mode. Anche in età evolutiva, il focus rimane centrato sul riconoscimento e sulla trasformazione di schemi profondi originatisi dall'interazione tra bisogni emotivi primari non soddisfatti e fattori temperamentali, che contribuiscono alla formazione di stili di coping e stati (mode) di funzionamento disfunzionali. Ma il lavoro terapeutico si focalizza su questi ultimi, con l'eccezione che il mode Adulto Sano è denominato mode Intelligente e Saggio e il mode Genitore Punitivo e/o Esigente è chiamato Parte Critica. Nel primo caso per adattarlo alla fase di sviluppo dei giovani pazienti e nel secondo caso per non porsi in una posizione eccessivamente critica nei confronti delle figure genitoriali verso le quali, in età evolutiva, c'è un maggiore principio di lealtà.

I mode in ST-BA

Le tabelle 2.1-2.6 illustrano i mode utilizzati nella Schema Therapy per Bambini e Adolescenti (ST-BA), adattati a partire dai contributi di Young et al. (2003), Lobbestael et al. (2007), Arntz e Jacob (2012), nonché Roediger et al. (2018). Queste tabelle sono state integrate e parzialmente riorganizzate sulla base dell'esperienza clinica con pazienti in età evolutiva da Loose e colleghi (2023). Come evidenziato nel primo capitolo, i mode sono classificati in 4 categorie principali:

- mode Bambino
- mode Genitore
- mode Funzionali (o Competenti)
- mode di Coping Disfunzionali.

Per ciascun mode vengono inoltre suggerite alcune denominazioni semplificate, pensate per facilitarne l'utilizzo nel lavoro terapeutico con i bambini/adolescenti.

TABELLA 2.1
Il mode Bambino

| |
|---|
| <p>Mode Bambino <i>(Si riportano in corsivo alcuni nomi consigliati utilizzabili con il paziente)</i></p> |
| <p>Bambino Vulnerabile <i>La piccola Giada; Emma triste; Il bimbo solo; La parte ferita</i> Il bambino solo, isolato o triste, abusato o maltrattato. Il bambino spaventato, senza supporto, perso, indifeso, inerme, svalutato o dipendente. Confuso, insicuro o sopraffatto dalle aspettative.</p> |
| <p>Bambino Arrabbiato/Furioso <i>L'Armando arrabbiato; Federica furiosa; Il vulcano</i> Il bambino è frustrato perché i suoi bisogni primari non vengono soddisfatti; si spinge verso limiti inappropriati, ha scatti d'ira. Urla, si scatena, distrugge le cose e può arrivare a fare del male a se stesso o agli altri. <i>Nota:</i> Il Bambino Arrabbiato reagisce all'ingiustizia percepita (e ha bisogno di essere legittimato), mentre il Bambino Furioso ha la stessa risposta ma con l'elemento aggiuntivo di voler infliggere danni fisici.</p> |
| <p>Bambino Impulsivo <i>Gigi l'impulsivo; Elisa l'imprudente; Prima io</i> Il bambino tende a compiere azioni in maniera impulsiva e sconsiderata per la sola soddisfazione personale, senza alcun riguardo per gli altri o per le possibili conseguenze negative.</p> |
| <p>Bambino Indisciplinato <i>Lo scansafatiche; Il poltrone; Giulia non c'ho voglia</i> Non è in grado di completare attività routinarie o noiose, non si cimenta in attività o compiti difficili. Il bambino si arrende rapidamente, si impegna contro voglia e non persiste.</p> |
| <p>Bambino Egoista/Viziato <i>Il principe; La principessa; L'imperatore</i> A differenza di quello Indisciplinato o Impulsivo, il Bambino Egoista/Viziato è abituato al fatto che tutti i suoi desideri vengano realizzati. Di conseguenza, è esigente e rimane deluso quando gli altri non soddisfano questa aspettativa.</p> |

Schema Therapy per Bambini e Adolescenti

Modelli di integrazione con DBT e ACT

Claudio Paloscia, Silvia Petroni e Marcello Ruggiero

Introduzione

Negli ultimi 20 anni, il progressivo interesse per gli interventi terapeutici in età evolutiva ha prodotto lo sviluppo di nuovi modelli e approcci specifici per bambini e adolescenti. Alcuni di questi sono stati adattati da terapie sviluppate per gli adulti; altri, invece, sono nati primariamente dalla ricerca sull'età evolutiva. Tra i primi rientrano la Schema Therapy per i Bambini e gli Adolescenti (ST-BA; Loose et al., 2020; Joshua et al., 2025), la Terapia Dialettico-Comportamentale per gli Adolescenti (DBT-A; Rathus & Miller, 2015) e per i Bambini (DBT-C; Perepletchikova et al., 2017), oltre all'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) con le sue differenti implementazioni in età evolutiva. In particolare, il modello ACT di cambiamento, l'ACT Hexaflex (Hayes et al., 2006), è stato reso più fruibile ai bambini, mediante la sua riformulazione come ACT Kidflex (Black, 2022) associato a esercizi adatti alla fascia 5-12 anni.

Altri interventi, invece, sono stati sviluppati direttamente per l'età evolutiva; tra questi sono particolarmente importanti, per la loro efficacia e per le fasce di età a cui sono dedicati, il Circle of Security Parenting™ (COSP™; Marvin et al., 2002; Hoffman et al., 2006) e il Coping Power Program (CPP; Lochman & Wells, 2002; Lochman et al., 2008).

Il primo è nato da 50 anni di studi sull'attaccamento e l'infant research ed è destinato prevalentemente ai genitori di bambini nella fascia 0-6 anni, mentre il secondo, con le sue varianti, fa riferimento al modello socio-cognitivo contestuale e, nella forma clinica, è utilizzato prevalentemente con soggetti di età compresa tra i 7

e i 14 anni per la gestione della rabbia e dell'aggressività coinvolgendo sia i bambini che i genitori.

In questo capitolo, prenderemo in esame le possibili integrazioni tra ST-BA e due interventi cognitivo-comportamentali di terza generazione: la DBT e l'ACT. Nel capitolo settimo presenteremo, invece, delle ipotesi di associazione sequenziale o in contemporanea della Schema Therapy con i seguenti modelli: Circle of Security Parenting (COSP™) e Coping Power Program (CPP).

L'esigenza di due capitoli sull'associazione tra Schema Therapy e altri interventi deriva da tre considerazioni di base:

1. non esistono protocolli o modelli validi per tutti i disturbi e per tutti i pazienti;
2. per sua natura la Schema Therapy è aperta a contaminazioni e integrazioni con altri interventi e favorisce il ricorso a modalità creative nella sua applicazione;
3. la concettualizzazione del caso nella Schema Therapy fornisce una cornice nella lettura dei fenomeni clinici che non contrasta con formulazioni di altri modelli e approcci terapeutici.

Di conseguenza ragioneremo su come utilizzare le specificità di ciascun approccio, partendo dai bisogni frustrati dei bambini/adolescenti e dai loro stili di coping per gestire questi bisogni, tenendo in considerazione il ruolo della vulnerabilità biologica e temperamentale e le esperienze precoci in una cornice contestuale e dialettica. Vedremo anche come singole tecniche o strategie terapeutiche possano essere maggiormente efficaci in determinate fasi del trattamento.

I seguenti paragrafi descriveranno:

1. il modello ST-BA a cui faremo riferimento come cornice teorica generale;
2. la DBT per adolescenti e bambini e come l'approccio dialettico sia utile nello Schema Coaching e si integri con il lavoro sui mode;
3. l'ACT Kidflex e il ruolo della flessibilità cognitiva quando si attivano gli schemi e i coping maladattivi, suggerendo esercizi per riconoscere i propri mode e dialogarci in uno stato di maggiore defusione.

La ST-BA: cornice teorica per la formulazione del caso e l'integrazione degli interventi

La Schema Therapy per i Bambini e gli Adolescenti (ST-BA) rappresenta un'importante evoluzione della Schema Therapy (ST) sviluppata per gli adulti da Jeffrey Young (Young et al., 2003). In particolare, questo approccio terapeutico si presta al lavoro con i bambini considerando la sua matrice teorica che mette al centro dello sviluppo dell'individuo e della sua psicopatologia due costrutti storicamente importanti per l'età evolutiva come il temperamento (nella più ampia accezione di

fattore di vulnerabilità e di protezione biologica) e le esperienze precoci (ad esempio eventi avversi infantili). In questo modo la ST-BA, restituendo il concetto di temperamento alla clinica, fa due operazioni fondamentali: 1) porre l'attenzione dei clinici sulle differenze individuali nella personalità su base genetica (reattività emotiva, controllo inibitorio, dipendenza dalle ricompense, ricerca di novità, evitamento del danno, persistenza) e 2) descrivere come specifiche configurazioni temperamentali, interagendo con l'ambiente, possano favorire la formazione di schemi adattivi e maladattivi precoci, andando a plasmare la formazione di quella componente della personalità che è il carattere. La maggiore o minore idoneità adattiva (*fitness*) degli schemi deriva da come siano stati o non soddisfatti i bisogni primari del bambino in base alle sue caratteristiche neurobiologiche e temperamentali.

Una volta formati gli schemi, questi rappresentano la modalità con cui il bambino inizia a leggere la realtà e a costruirsi rappresentazioni sempre più complesse di se stesso, dell'interazione tra sé e l'altro e del rapporto tra sé e il mondo. Inoltre, gli schemi del bambino, siano essi adattivi o maladattivi, rispondono a determinati *triggers* attivando specifici stati mentali (*mode*). La reazione agli schemi attivati determina differenti stili di coping: l'Ipercompensazione, la Resa e l'Evitamento. Ciascuno di questi coping rappresenta una classe di possibili risposte agli schemi; dentro ognuna di queste classi possono manifestarsi specifici comportamenti che possono variare nel tempo rispondendo sempre alla stessa funzione della classe di appartenenza.

Di conseguenza, tutti i comportamenti che contrastano lo schema rientrano nel coping di Ipercompensazione e svolgono la funzione di far sentire il bambino o l'adolescente differente da quello che gli rimanda lo schema (ad esempio da fragile e in balia degli eventi a forte e in grado di scegliere) come risposta a un bisogno di autodeterminazione o di controllo frustrato da un ambiente coercitivo o incoerente. Tuttavia, questa modalità di coping applicata in modo rigido e pervasivo può non consentire al bambino di entrare in empatia e risonanza con gli altri, limitandone l'esperienza di condivisione emotiva e riconoscimento/negoiazione dei propri bisogni con chi gli è vicino.

Il rischio è che il bambino, travolto dal proprio stato emotivo, non veda l'altro e si trasformi in un «piccolo tiranno», bloccato in una dimensione costantemente agonistica, in un continuo stato di attacco e controllo, per ricevere in tutti i modi «un poter fare, poter essere e poter prevedere» che gli è stato negato nelle sue esperienze precoci. Questi comportamenti, pur fornendo un temporaneo senso di autodeterminazione e/o riduzione del senso di incertezza, producono in breve tempo reazioni negative nel contesto familiare e scolastico e impediscono al bambino di fare esperienze di reale incontro con l'altro su basi empatiche e di aiuto/confronto reciproco. In quanto è solo in una relazione cooperativa paritetica che il bambino/adolescente impara a uscire da una dimensione di controllo (agonistico/intolleranza all'incertezza) e inizia a liberare le risorse cognitive ed emotive che gli

La Schema Therapy con i Bambini e gli Adolescenti per i disturbi esternalizzanti

Stefano Terenzi

Introduzione

I disturbi esternalizzanti rappresentano, in età evolutiva, una delle espressioni più complesse della sofferenza psichica, connotandosi per pattern comportamentali disadattivi, persistenti e manifesti, quali impulsività, oppositività, aggressività e trasgressione delle norme. Al di là della loro dimensione sintomatica, tali comportamenti costituiscono spesso l'epifenomeno visibile di una sofferenza interna profonda, radicata in esperienze di deprivazione affettiva, ambienti relazionali disfunzionali e bisogni emotivi fondamentali cronicamente insoddisfatti.

In questo scenario, la Schema Therapy per Bambini e Adolescenti (ST-BA; Loose et al., 2023) offre un modello teorico-clinico evolutivo e transdiagnostico che consente di accedere a questi livelli più profondi del funzionamento psicologico del minore, superando la mera modificazione del comportamento.

Il presente capitolo esplora l'applicazione della ST-BA al trattamento dei disturbi esternalizzanti, evidenziandone il razionale teorico, le potenzialità trasformative e le principali strategie di intervento. Partendo da una riflessione critica sui limiti degli approcci tradizionalmente utilizzati — in particolare di quelli esclusivamente comportamentali — si delinearanno le specificità dell'approccio ST-BA nel lavoro con soggetti che presentano quadri clinici resistenti, frequentemente intrecciati con traumi relazionali e vulnerabilità temperamentali.

L'obiettivo è quello di fornire al clinico strumenti per comprendere in profondità i comportamenti disfunzionali, decodificandoli come tentativi adattivi — seppur disfunzionali — di fronteggiare una realtà interna segnata da vissuti di rifiuto, abbandono o umiliazione. Attraverso il lavoro con gli Schemi Maladattivi Precoci, i mode e le strategie di coping, la ST-BA permette non solo di ridurre i sintomi comportamentali, ma anche di promuovere un cambiamento strutturale e duraturo, fondato sulla riparazione della relazione terapeutica, sulla validazione emotiva e sul soddisfacimento dei bisogni emotivi fondamentali.

In un tempo in cui la clinica dell'età evolutiva richiede risposte sempre più sofisticate, la ST-BA si configura come una proposta terapeutica profonda, empatica e trasformativa, capace di integrare dimensioni cognitive, emotive e relazionali in un progetto di cura centrato sulla persona del bambino o dell'adolescente.

Definizione dei disturbi esternalizzanti in età evolutiva

I disturbi esternalizzanti rappresentano una categoria di psicopatologie dello sviluppo caratterizzate da pattern comportamentali manifesti, disadattivi e persistenti, che implicano difficoltà nella regolazione degli impulsi, nella gestione della rabbia e nel rispetto delle regole sociali e delle autorità. Si esprimono tipicamente attraverso comportamenti oppositivi, provocatori, aggressivi o iperattivi, risultando spesso fonte di elevata sofferenza per il bambino o l'adolescente e per il suo contesto relazionale e scolastico.

Questa descrizione generale trova una sua sistematizzazione formale in uno dei principali sistemi diagnostici internazionali: il DSM-5-TR, ovvero *il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (APA, 2023). Secondo tale classificazione, i principali disturbi esternalizzanti in età evolutiva comprendono:

- l'ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività);
- il Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP);
- il Disturbo della Condotta (CD).

Sebbene ciascuna di queste condizioni presenti criteri diagnostici distinti, esse condividono elementi clinici comuni quali impulsività, disregolazione emotiva e difficoltà nel rispettare le norme sociali. Inoltre, si riscontra frequentemente una comorbilità con quadri di trauma evolutivo, disturbi dell'attaccamento, disregolazione affettiva e tratti di personalità emergenti, rendendo i profili clinici complessi e resistenti agli interventi tradizionali (van Wijk-Herbrink, 2018).

Il *disturbo da deficit di attenzione/iperattività* si configura come un pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività, inadeguato rispetto al livello di sviluppo del bambino e interferente con il funzionamento sociale, scolastico o familiare. Il *disturbo oppositivo-provocatorio* si caratterizza invece per una modalità di

comportamento negativistico, ostile e provocatorio verso le figure adulte, presente per almeno sei mesi, mentre il *disturbo della condotta* implica una violazione sistematica e reiterata delle norme sociali fondamentali e dei diritti altrui, con atti di aggressività, distruzione, inganno o gravi trasgressioni.

Al di là delle specificità diagnostiche, ciò che accomuna questi quadri è la loro traiettoria evolutiva; in effetti, essi non rappresentano soltanto un problema di comportamento osservabile, ma esprimono un malessere interno profondo che, in assenza di un intervento adeguato, può evolvere in psicopatologie più gravi in età adulta, inclusi i disturbi di personalità, i disturbi dell'umore e l'abuso di sostanze (Moffitt, 1993; Caspi et al., 2014; Frick & Viding, 2009; Odgers et al., 2008). È pertanto cruciale un inquadramento clinico che vada oltre la superficie comportamentale, includendo una comprensione delle radici evolutive, relazionali e temperamentali del funzionamento esternalizzante.

Questa prospettiva evolutiva è ulteriormente confermata dai dati epidemiologici disponibili, che evidenziano come questi problemi siano tra i disturbi psichiatrici più comuni nei bambini e negli adolescenti, con un impatto significativo sulla vita scolastica, familiare e sociale (Babicka-Wirkus et al., 2023).

È proprio questa complessità clinica ed evolutiva che ha spinto la ricerca verso modelli terapeutici più integrati. In questa prospettiva, la Schema Therapy per Bambini e Adolescenti (ST-BA; Loose et al., 2023) si propone come un modello teorico-clinico evolutivo, integrato e transdiagnostico particolarmente adatto per lavorare con soggetti che presentano profili esternalizzanti complessi, resistenti ai trattamenti standard e profondamente intrecciati con vissuti di privazione affettiva, invalidazione e traumi infantili (van Wijk-Herbrink, 2018).

In questo senso, la ST-BA offre una cornice teorico-clinica in grado di integrare livelli emotivi, cognitivi e relazionali del funzionamento esternalizzante. Grazie alla focalizzazione sugli Schemi Maladattivi Precoci (SMP), sui mode e sugli stili di coping, essa fornisce un approccio integrato per intervenire sui fattori emotivi e cognitivi alla base del comportamento distruttivo. Ciò consente di spostare l'attenzione dal controllo del comportamento alla comprensione dei processi interni che lo sostengono.

Dopo avere delineato le principali caratteristiche cliniche dei disturbi esternalizzanti e la loro complessità evolutiva e relazionale, è importante interrogarsi sulla reale efficacia degli approcci terapeutici tradizionalmente utilizzati in questi casi.

Limiti dei modelli esclusivamente comportamentali

Questa sezione analizza i limiti degli approcci comportamentali nel trattamento dei disturbi esternalizzanti, evidenziando le criticità di interventi centrati esclusivamente sulla modificazione del sintomo, in particolare nei casi caratterizzati da traumi relazionali e disregolazione affettiva.