

**LBRIS**

We know  
books

Christof Loose  
Peter Graaf  
Gerhard Zarbock  
(coordonatori)

# TERAPIA SCHEMELOR PENTRU COPII ȘI ADOLESCENȚI

Traducere din limba germană de  
Ioana Brigle

**3**  
TREI

Director editorial:  
MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactare:  
VICTOR POPESCU

Design și ilustrație copertă:  
FABER STUDIO (Adelina Butnaru)

Director producție:  
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:  
OFELIA COȘMAN

Corectură:  
IRINA MUȘĂTOIU  
SABINA LUNGU

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**Terapia schemelor pentru copii și adolescenți** / Christof Loose,  
Peter Graaf, Gerhard Zarbock (coord.) ; pref. de dr. Eckhard Roediger ;  
trad. din lb. germană de Ioana Brigle. - București : Editura Trei, 2022

Conține bibliografie  
ISBN 978-606-40-1568-6

I. Loose, Christof (coord.)  
II. Graaf, Peter (coord.)  
III. Zarbock, Gerhard (coord.)  
IV. Roediger, Eckhard (pref.)  
V. Brigle, Ioana (trad.)

159.9

Titlul original: Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen

Autori: Christof Loose, Peter Graaf, Gerhard Zarbock

Copyright © 2013 Programm PVU Psychologie Verlags Union in the  
publishing group Beltz · Weinheim Basei

Copyright © Editura Trei, 2022  
pentru prezenta ediție

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

ISBN: 978-606-40-1568-6

## Cuprins

15	Prefață
19	Cuvânt introductiv
<b>26</b>	<b>1. Fundamentele aplicării terapiei schemelor la copii și adolescenți</b> (Gerhard Zarbock · Christof Loose · Peter Graaf)
<b>26</b>	<b>1.1 Aspecte specifice psihologiei dezvoltării în terapia schemelor</b>
26	1.1.1 Modelul factorilor de risc și al factorilor de protecție
28	1.1.2 Modelul sarcinilor de dezvoltare
28	1.1.3 Modelul dimensiunilor temperamentale și al tipurilor de temperament
<b>33</b>	<b>1.2 Modelul terapiei centrate pe scheme</b>
34	1.2.1 Modelul frustrării nevoilor fundamentale
37	1.2.2 Reacții de coping din perspectiva terapiei schemelor
39	1.2.3 Schemele, ca rezultat al învățării în urma unor situații psihosociale relevante și deosebit de intense din punct de vedere emoțional
42	1.2.4 Schemele, comportamentul parental, convingerile cognitive și stilurile de coping
53	1.2.5 Conceptul de „mod”
59	1.2.6 Modelul tranzațional centrat pe scheme sau pe moduri

60	<b>1.3 Conceptul de „mod” în terapia schemelor aplicată copiilor și adolescenților</b>
61	1.3.1 Numirea modurilor în cazul copiilor și al adolescenților
62	1.3.2 Formarea modurilor de coping în cazul copiilor și al adolescenților
69	1.3.3 Gestionarea modurilor de coping în cazul copiilor și al adolescenților
84	1.3.4 Relația dintre scheme și moduri
<b>86</b>	<b>1.4 Particularități specifice etapelor de vârstă în terapia schemelor</b>
86	1.4.1 Perioada sugarului și a copilului mic: 0–3 ani
87	1.4.2 Perioada copilului preșcolar: 4–6 ani
89	1.4.3 Perioada cuprinsă între începerea școlii și preadolescență: 6–10/11 ani
90	1.4.4 Perioada adolescenței: 11–16 ani
91	1.4.5 Perioada adolescenței târzii și a tânărului adult: 17–23 ani
<b>92</b>	<b>1.5 Abordări terapeutice în cadrul terapiei schemelor</b>
94	1.5.1 Indicații și contraindicații cu privire la folosirea terapiei schemelor
97	1.5.2 Aspecte, caracteristici și obiective centrale în terapia schemelor
<b>106</b>	<b>2. Terapia schemelor în stadiile de sugar și copil mic</b> (Katharina Armour · Sophie Kröger · Gerhard Zarbock)
<b>108</b>	<b>2.1 Teme, sarcini de dezvoltare, crize potențiale specifice etapei de vârstă, conflicte și traume ale tinerei familii din perspectiva terapiei schemelor</b>
109	2.1.1 Sarcini de dezvoltare ale părinților și ale copilului
110	2.1.2 Gestionarea sarcinilor și interacțiunea

111	2.1.3 De unde provine „neputința-de-a-reacționa-corect-unul-față-de-celălalt”? Explicații din punctul de vedere al terapiei schemelor
<b>119</b>	<b>2.2 Perspectiva terapiei schemelor cu privire la bărbatul în rol de tată</b>
<b>121</b>	<b>2.3 Concepte specifice terapiei schemelor cu privire la diagnostic, psihoeucație și terapia tulburărilor de autoreglare</b>
122	2.3.1 Stabilirea diagnosticului la nivelul simptomatologiei copilului
123	2.3.2 Explorarea stresului parental
124	2.3.3 Stabilirea diagnosticului în cadrul interacțiunii părinte-copil
126	2.3.4 Metode observaționale și instrumente folosite pentru autodescriere și descrierea celorlalți
128	2.3.5 Rezumat cu privire la stabilirea diagnosticului la nivelul aparținătorilor
130	2.3.6 Obiective și terapie
<b>133</b>	<b>2.4 Terapia propriu-zisă a schemelor: strategii terapeutice, tehnici specifice etapei de vârstă</b>
136	2.4.1 Reflecții pe marginea tulburărilor și sugestii cu privire la tulburări specifice și la maniera de abordare
141	2.4.2 Metode de intervenție caracteristice terapiei comportamentale clasice folosite în cadrul terapiei schemelor
144	2.4.3 Terapia de cuplu și considerații sistemice specifice terapiei schemelor
<b>147</b>	<b>2.5 Privire de ansamblu</b>
<b>152</b>	<b>3. Terapia schemelor în cazul copilului preșcolar</b> (Christof Loose · Peter Graaf · Katharina Armour)
<b>153</b>	<b>3.1 Sarcini și teme de dezvoltare specifice vârstei, crize potențiale, conflicte și traume din perspectiva terapiei schemelor</b>
154	3.1.1 Sarcini și teme de dezvoltare specifice etapei de vârstă

156	3.1.2 Crize potențiale, conflicte și traume
<b>160</b>	<b>3.2 Concepte specifice terapiei schemelor cu privire la diagnostic, psihoeducație și terapie</b>
160	3.2.1 Interviu cu copiii preșcolari
161	3.2.2 Diverse planuri importante de diagnostic
165	3.2.3 Psihoeducația
<b>165</b>	<b>3.3 Terapia schemelor — ghid practic: forma relației terapeutice, potrivită în raport cu vârsta</b>
167	3.3.1 Universul modurilor în cazul unui copil preșcolar
168	3.3.2 Utilizarea marionetelor pentru degete și mâini
169	3.3.3 Terapia prin joc centrată pe moduri și orientată spre nevoi
169	3.3.4 Protocolul de joc orientat spre moduri și nevoi
<b>172</b>	<b>3.4 Studiu de caz: Chiara, rezultate diagnostice și procedeu terapeutic</b>
<b>175</b>	<b>3.5 Concluzie generală cu privire la terapia schemelor în cazul copilului preșcolar</b>
<b>179</b>	<b>4. Terapia schemelor pentru copilul școlar</b> (Peter Graaf · Christof Loose)
<b>180</b>	<b>4.1 Sarcini de dezvoltare și conflicte specifice vârstei</b>
180	4.1.1 Sarcini de dezvoltare și crize potențiale
183	4.1.2 Competențe în vederea gestionării sarcinilor de dezvoltare
186	4.1.3 Efectele capacităților restrânse și ale dinamicii de grup constrângătoare asupra formării schemelor
192	4.1.4 Efectele lipsei de resurse externe
<b>192</b>	<b>4.2 Concepte specifice diagnosticului în terapia schemelor</b>
194	4.2.1 Diverse niveluri de diagnostic
195	4.2.2 Cadrul și tehnicile diagnostice

<b>201</b>	<b>4.3 Terapia schemelor — ghid practic: formarea adecvată în raport cu vârsta a relației terapeutice, strategii terapeutice, tehnici specifice vârstei</b>
<b>211</b>	<b>4.4 Concluzie</b>
<b>215</b>	<b>5. Terapia schemelor în cazul adolescenților</b> (Christof Loose · Peter Graaf)
<b>216</b>	<b>5.1 Sarcini și teme de dezvoltare specifice vârstei, crize potențiale și conflicte, traume în perioada adolescenței și efectele dezvoltării cognitive</b>
217	5.1.1 Sarcini și teme de dezvoltare specifice etapei de vârstă
218	5.1.2 Crize potențiale, conflicte și traume
223	5.1.3 Dezvoltarea cognitivă și înțelegerea emoțiilor
<b>227</b>	<b>5.2 Concepte specifice terapiei schemelor cu privire la diagnostic, psihoeducație și terapie</b>
227	5.2.1 Diverse planuri (niveluri) importante de diagnostic
233	5.2.2 Psihoeducația
<b>235</b>	<b>5.3 Terapia schemelor — ghid practic: formarea adecvată în raport cu vârsta a relației terapeutice</b>
<b>247</b>	<b>5.4 Concluzie</b>
<b>252</b>	<b>6. Terapia schemelor în cazul adulților tineri</b> (Christine Zens · Silka Hagen)
<b>254</b>	<b>6.1 Sarcini și teme de dezvoltare specifice vârstei, crize potențiale și conflicte, traume din perspectiva terapiei schemelor</b>
255	6.1.1 Sarcini și teme de dezvoltare specifice vârstei, în cazul tinerilor adulți
259	6.1.2 Crize potențiale, conflicte și traume din perspectiva terapiei schemelor
<b>263</b>	<b>6.2 Concepte specifice terapiei schemelor cu privire la diagnostic, psihoeducație și terapie pentru cele mai frecvente tablouri clinice</b>

263	6.2.1 Indicații, contraindicații și diagnostic
271	6.2.2 Psihoeducația
272	<b>6.3 Terapia schemelor — ghid practic: strategii terapeutice, formarea adecvată în raport cu vârsta a relației terapeutice și tehnici potrivite vârstei</b>
273	6.3.1 Conceptualizarea de caz și planul de tratament
280	6.3.2 Relația terapeutică
284	6.3.3 Tehnici specifice terapiei schemelor și adecvate vârstei, în cazul tinerilor adulți
294	<b>6.4 Concluzie</b>
299	<b>7. Tehnici și metode de intervenție în terapia cu copii</b> (Peter Graaf · Christof Loose)
299	<b>7.1 Câteva remarci preliminare cu privire la motivația copiilor și adolescenților pentru a urma o terapie</b>
301	<b>7.2 Abordarea centrată pe moduri: elemente fundamentale și materiale de lucru</b>
310	<b>7.3 Relația terapeutică, o trăsătură esențială în terapia schemelor</b> <b>(În colaborare cu Petra Baumann-Frankenberger)</b>
311	7.3.1 Dezvoltarea relației terapeutice cu pacientul
315	7.3.2 Dezvoltarea relației terapeutice cu figurile parentale de atașament
317	<b>7.4 Confruntarea empatică</b>
323	<b>7.5 Terapia prin joc centrată pe moduri</b>
330	<b>7.6 Lucrul cu poveștile din perspectiva terapiei schemelor</b>
336	<b>7.7 Psihoeducația</b>
336	7.7.1 Materiale de lucru folosite pentru psihoeducație
337	7.7.2 Psihoeducația pe categorii de vârstă
339	7.7.3 Principalele etape în psihoeducația copiilor
343	7.7.4 Metafore pentru ilustrarea schemelor și a modurilor

350	<b>7.8 Folosirea desenelor și a materialului creativ în cadrul abordării centrate pe scheme și moduri</b>
350	7.8.1 Tehnici tradiționale în lucrul cu imagini și desene
353	7.8.2 Folosirea desenelor și a materialului creativ în cadrul abordării centrate pe scheme și moduri
367	<b>7.9 Tehnica dialogului cu ajutorul scaunelor</b>
379	<b>7.10 Folosirea marionetelor (pentru mâini și pentru degete) și a altor figurine în cadrul abordării centrate pe moduri</b>
398	<b>7.11 Construirea „Casei Interne”</b>
399	7.11.1 Nivelul modurilor
404	7.11.2 Nivelul experiențial
407	7.11.3 Nivelul schemelor
408	7.11.4 Jocul experiențial cu moduri și scheme
412	<b>7.12 Tehnici de imagerie ghidată</b>
415	7.12.1 Contraindicații și experiențe negative cu exercițiile de imagerie ghidată
416	7.12.2 Cerințe în cazul exercițiilor de imagerie
419	7.12.3 Tehnica rescrierii, prin imagerie, a experiențelor trecute
426	<b>7.13 Cardurile mnemotehnice și jurnalul</b>
427	<b>7.14 Teme pentru acasă</b>
436	<b>7.15 Rezumat și recomandări cu privire la combinarea mai multor tehnici</b>
444	<b>8. Tehnici și practici în lucrul cu părinții</b> (Peter Graaf)
445	<b>8.1 Încadrarea lucrului cu părinții din perspectiva terapiei schemelor</b>
445	8.1.1 Delimitări conceptuale: consiliere comportamentală, pedagogia schemelor și coaching centrat pe scheme
448	8.1.2 Elemente de coaching centrat pe scheme

451	8.1.3 Educarea și consilierea părinților din perspectiva terapiei schemelor
<b>453</b>	<b>8.2 Dezvoltări și perspective în cazul terapiei sistemice centrate pe scheme</b>
453	8.2.1 Observații preliminare cu privire la perspectiva sistemică asupra schemelor
454	8.2.2 Limitele sistemelor și ale subsistemelor
456	8.2.3 Atribuirea de roluri și inducerea de roluri
465	8.2.4 Regulile sistemului
467	8.2.5 Funcțiile
475	8.2.6 Cercul vicios al tranzațiilor disfuncționale și escaladarea modurilor
479	8.2.7 Resursele
<b>480</b>	<b>8.3 Constelațiile de moduri și activarea modurilor în sistem</b>
483	8.3.1 Rolul deosebit al modurilor interne parentale în cazul părinților
486	8.3.2 Evitarea modurilor în cazul părinților — apărări disfuncționale împotriva modurilor parentale negative
<b>489</b>	<b>8.4 Rolul terapeutului față de părinți: relația terapeutică formată la intersecția dintre consiliere, coaching, îndrumare și terapie</b>
<b>491</b>	<b>8.5 Diagnosticul schemelor și modurilor părinților</b>
<b>500</b>	<b>8.6 Psihoeducația cu ajutorul textelor (formulări ajutătoare) și al desenelor</b>
<b>503</b>	<b>8.7 Intervenții asupra schemelor și modurilor în lucrul cu părinții</b>
505	8.7.1 Sentimente de vinovăție în lucrul cu părinții
512	8.7.2 Tehnici și metode la nivel cognitiv
514	8.7.3 Tehnici și metode la nivel emoțional
526	8.7.4 Tehnici și metode la nivel comportamental
<b>542</b>	<b>8.8 Studiu de caz: „Ron”. Ilustrarea diverselor tehnici de intervenție</b>
<b>547</b>	<b>8.9 Rezumat</b>

<b>553</b>	<b>9. Terapia schemelor și plata prin sistemul de asigurări medicale (cazul Germaniei)</b> (Christof Loose · Petra Baumann-Frankenberger · Gerhard Zarbock)
557	9.1 Informații cu privire la simptomatologia relatată în mod spontan de către pacient și cea discutată de către terapeut
559	9.2 Istoricul de viață al pacientului și anamneza bolii
560	9.3 Starea psihică în momentul completării cererii
561	9.4 Concluziile examinării somatice
561	9.5 Analiza comportamentului și a stilului de atașament
565	9.6 Diagnosticul
566	9.7 Obiectivele terapiei și prognosticul
567	9.8 Planul de tratament, cu includerea tehnicilor specifice terapiei schemelor
568	9.9 Concluzie
<b>571</b>	<b>10. Terapia schemelor pentru copii și adolescenți — nașterea unui nou concept</b> (Christof Loose · Petra Baumann-Frankenberger)
573	10.1 Grupuri de lucru naționale și internaționale în terapia schemelor pentru copii și adolescenți
576	10.2 Programe de formare continuă în terapia schemelor pentru copii și adolescenți
577	10.3 Terapia schemelor în cadrul programelor de formare și formare continuă a psihoterapeuților pentru copii și adolescenți
578	10.3.1 Terapia schemelor în dezvoltarea personală a terapeuților aflați în programul de formare în psihoterapia cu copii și adolescenți
583	10.3.2 Terapia schemelor în supervizarea psihoterapeuților pentru copii și adolescenți

# Fundamentele aplicării terapiei schemelor la copii și adolescenți

Gerhard Zarbock • Christof Loose • Peter Graaf

## 1.1 Aspecte specifice psihologiei dezvoltării în terapia schemelor

Psihologia clinică a dezvoltării (Heinrichs și Lohaus, 2011) cunoaște mai multe modele care explică formarea bolilor psihice în etapa copilăriei și a adolescenței. În continuare, urmează o descriere a acestora.

### 1.1.1 Modelul factorilor de risc și al factorilor de protecție

#### Factori de risc

Prin factori de risc se înțeleg acei factori și alte influențe din partea mediului, în unele cazuri chiar și influențe genetice, care pot împiedica sau chiar periclita în mod permanent un proces normal și optim de dezvoltare. În **caseta de mai jos** sunt

enumerati o serie de factori de risc specifici etapei copilăriei, ce au rezultat în urma cercetărilor experimentale și a unor lucrări de sinteză (Zarbock, 2008, după Hoffman și Hochapfel, 1995 și Petermann et al., 1998).

#### Factori de risc de natură biografică pentru bolile psihice și psihosomatice (factori aflați în spatele fundalului social)

- statut socioeconomic precar
- mamă activă din punct de vedere profesional în primul an de viață al bebelușului
- nivel de educație scăzut al părinților
- familie numeroasă și spațiu locativ redus
- criminalitate și tendințe disociale în cazul unui părinte
- dizarmonie cronică, „familie conflictuală”
- patologie relațională în familie
- sarcină nedorită
- separarea părinților înainte sau la scurt timp după naștere
- familie monoparentală
- pierderea mamei
- relație paternă autoritară
- relații timpurii cu schimbări frecvente
- contact disfuncțional cu semenii de aceeași vârstă
- abuz sexual și/sau tratament agresiv
- tulburări psihice sau fizice ale mamei sau ale tatălui
- predispoziție genetică spre îmbolnăviri

#### Factori de protecție

Bineînțeles, factorilor de risc le corespund așa-numiții factori de protecție. Aceștia sunt definiți ca fiind acei factori care în general stimulează dezvoltarea sau care sunt capabili să atenueze acțiunea factorilor de risc. Cei mai cunoscuți factori de protecție sunt reprezentați de existența a cel puțin unei „relații” bune cu o figură de atașament, precum și de o inteligență generală bună. În plus, printre factorii de protecție se mai numără robustețea

psihofizică, predispoziția scăzută la îmbolnăviri și atracția fizică spre factori de protecție. În general, prezența acestor factori de protecție îi permit unei persoane să trăiască și experiențe pozitive și să dobândească, în urma contactului cu mediul, un grad ridicat de întăriri pozitive.

### 1.1.2 Modelul sarcinilor de dezvoltare

Pe lângă modelul factorilor de risc și al factorilor de protecție, modelul sarcinilor de dezvoltare descris de Havighurst (1972) este de o importanță deosebită pentru psihopatologia clinică a dezvoltării în etapa copilăriei și adolescenței. Există sarcini de dezvoltare normative și non-normative. Prin termenul de „sarcină de dezvoltare” se înțelege faptul că pe parcursul dezvoltării sale, un copil trebuie să îndeplinească anumite sarcini de coping, ce pot avea un caracter necesar și general (sarcini de dezvoltare normative) sau un caracter individual, conferit de biografia specifică a acelui copil (sarcini de dezvoltare non-normative). Igiena personală, capacitatea de alternanță între relațiile cu părinții și relațiile cu colegii de grădiniță reprezintă exemple de sarcini de dezvoltare normative. Adaptarea la divorțul părinților sau la o gravă boală fizică, de care suferă însuși copilul, reprezintă sarcini de dezvoltare non-normative, individuale, provenite din biografia proprie.

### 1.1.3 Modelul dimensiunilor temperamentale și al tipurilor de temperament

Atât efectul factorilor de risc, cât și gestionarea sarcinilor de dezvoltare depind de așa-numiții factori temperamentali.

În opinia lui Herpertz ș.a. (2008), una dintre cele mai cunoscute descrieri ale dimensiunilor temperamentului se datorează lui Thomas et al. (1963). În urma influentului New York Longitudinal Study, au fost definite nouă dimensiuni majore ale temperamentului: nivelul de activitate, apropiere/retragere, adaptabilitatea, dispoziția afectivă, pragul senzorial, intensitatea reacției, distractibilitatea, ritmicitatea, durata atenției sau persistența (tabelul 1.1).

Din cele nouă categorii temperamentale, Thomas și Chess (1977) au dezvoltat, pe baza unor analize calitative și factoriale, trei tipuri infantile de temperament, denumite copilul „ușor de gestionat” (*easy child*), copilul „dificil” (*difficult child*) și copilul „care se încălzește mai greu” (*slow to warm-up child*).

**Tabel 1.1** Dimensiunile temperamentale și tipurile de temperament

<b>Dimensiunile temperamentale (Herpertz et al., 2008, Thomas et al., 1963)</b>	<b>Tipuri infantile de temperament (Thomas și Chess, 1977)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nivelul de activitate</li> <li>• apropiere/retragere</li> <li>• adaptabilitate</li> <li>• dispoziția afectivă</li> <li>• pragul senzorial</li> <li>• intensitatea reacției</li> <li>• distractibilitatea</li> <li>• ritmicitatea</li> <li>• durata atenției/persistență</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copilul „ușor de gestionat” (<i>easy child</i>)</li> <li>• copilul „dificil” (<i>difficult child</i>)</li> <li>• copilul „care se încălzește mai greu” (<i>slow to warm-up child</i>)</li> </ul>

Copiii pot fi diferențiați între aceste trei categorii deja din etapa de sugar — copii cu temperament ușor de gestionat, cu temperament dificil sau copii care se încălzesc mai greu.

**Sugarii cu temperament dificil.** Acești sugari (*difficult children*) reacționează violent și deosebit de negativ la stimuli de mediu necunoscuți, la lipsa de regularitate a programului sau la alți factori frustranți. În plus, le este foarte dificil să dezvolte un ritm regulat de somn, de hrănire și de sațietate, un ritm care să fie previzibil pentru părinți.

**Sugari cu temperament ușor de gestionat.** În cazul acestor sugari este valabil exact contrariul. Aceștia sunt relativ robuști, se lasă mai puțin iritați de elemente noi, neobișnuite sau de anumite frustrări mărunte și se lasă liniștiți foarte rapid de figurile de atașament. În plus, dezvoltă relativ iute un ritm cardiac regulat. Senzația lor de foame și de sete poate fi anticipată, deci poate fi ușor stăvilită prin oferirea de hrană și de lichide.

**Sugari care se „încălzesc” mai greu.** Bebelușii care se încălzesc mai greu (*slow to warm-up children*) reacționează prin evitare la situații și persoane noi. Adaptarea la acestea se realizează într-un ritm târăgănat. Spre deosebire de sugarii cu un temperament dificil, acești copii au o reacție mai moderată și mai puțin violentă. Nivelul de activitate este de obicei scăzut, iar tendința spre o hrănire și un somn neregulate e mai puțin pronunțată decât la copilul dificil.

Din perspectiva modelului tranzacțional al stresului (Lazarus, 1974), în acest punct devine evident felul în care se pot cristaliza diverse relații complexe cu ceilalți indivizi și cu mediul.

În opinia lui Herpertz et al. (2008), alte modele de temperament prezintă numeroase suprapuneri, dar și unele diferențe față de modelul de mai sus. Există un acord cu privire la semnificația marcantă a celor două dimensiuni temperamentale, *apropiere* (dispoziție afectivă pozitivă, extraversie, căutarea de stimuli, comportament curios) și *inhibiție* (dispoziție

afectivă negativă, anxietate, iritabilitate, tendința spre suferință și disperare, precum și un comportament reținut). Aceste trăsături temperamentale au la bază modelul lui Gray (1975; 1983), care descrie două sisteme motivaționale fundamentale ale comportamentului uman: sistemul de activare și sistemul de inhibiție comportamentală.

Factorii de temperament apropiere (dispoziție afectivă pozitivă), evitare (dispoziție afectivă negativă, control conștient, respectiv inhibiție și orientare socială) prezintă legături evidente cu modelul „Big-Five” al personalității (după McCrae și Costa, 1990; Becker, 1998; von Zerssen, 1994) care, în momentul de față, este modelul preferat dintre toate abordările dimensionale cu privire la structurarea personalității umane (Herpertz et al., p. 211): „Conform modelului «Big-Five» personalitatea este determinată de manifestările individuale ale unui număr de cinci factori de personalitate, considerați a fi bine întemeiați științific”.

În prezent, se încearcă clarificarea pe cale experimentală a vârstei la care începe formarea acestor factori de temperament „Big-Five”. Întrucât existența factorilor menționați a fost dovedită chiar și în cazul unor primat non-umane (Weiss et al., 2006), se presupune că unii dintre precursorii acestor factori de temperament pot fi detectați într-o perioadă relativ timpurie a dezvoltării umane (aproximativ în cel de-al doilea sau al treilea an de viață). Cei cinci factori de temperament sunt prezentați în tabelul 1.2.

Factorii de temperament reprezintă baza neurobiologică a individului. Modelarea ulterioară a trăirilor și comportamentului unui copil, respectiv ale unui adolescent, are loc în cadrul interacțiunii dintre predispoziția înnăscută și mediu. În vreme ce temperamentul poate fi privit într-o primă fază ca parte

a moștenirii genetice, mediul individual al copilului este cel care satisface sau frustrează nevoile sale fundamentale.

**Tabel 1.2 Modelul de personalitate „Big-Five”, cu caracteristicile sale specifice**

Factorii „Big-Five”	Caracteristici
(1) Extraversie versus Introversie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copilul extravertit este orientat spre exterior, este sociabil și se află adesea în căutare de noi stimuli.</li> <li>• Un copil introvertit este mai degrabă nesociabil, orientat spre interior și preocupat de propriile stări și de propriile conținuturi psihice.</li> </ul>
(2) Stabilitate emoțională versus labilitate (nevrotism)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un copil stabil emoțional este calm și relaxat, poate fi liniștit rapid, este adesea binedispus și vesel.</li> <li>• Copiii labili din punct de vedere emoțional reacționează prompt la stimuli aversivi, au un înalt nivel disforic de excitabilitate, care apoi se disipează într-un ritm foarte lent. Din punct de vedere anatomic, se presupune că este vorba despre un dezechilibru al sistemului nervos autonom, respectiv de un exces de excitație din partea sistemului nervos simpatic. La nivel neurologic, se presupune existența unei supraexcitabilități a amigdalei (prag senzorial scăzut în detectarea fricii).</li> </ul>
(3) Agreabilitate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prin agreabilitate este desemnată tendința de a rezolva conflictele sociale într-un mod pozitiv și deținerea unui prag înalt în privința reacțiilor la comportamentele agresive. Un scor scăzut al acestui factor desemnează o impulsivitate ridicată în interacțiuni, individualism și tendințe agresive în relații, respectiv „lipsa agreabilității sociale”.</li> </ul>
(4) Deschiderea spre experiențe noi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Din perspectiva psihologiei dezvoltării, un scor crescut al acestui factor semnifică existența unei nevoi de explorare foarte accentuate. Experiențele noi sunt căutate cu plăcere și în mod intens. Există o nevoie mare de diversitate, în timp ce monotonia este suportată cu dificultate.</li> </ul>

(4) Conștiinciozitate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un scor ridicat al acestei trăsături de temperament înseamnă o puternică orientare a trăirilor și a comportamentului în funcție de reguli și norme. În unele cazuri, există o puternică tendință spre supunere în fața persoanelor de autoritate și a celor cu rol de model, chiar și în lipsa unei anumite anxietăți de pedeapsă.</li> <li>• E discutabil în ce măsură este vorba, într-adevăr, de o dimensiune de temperament determinată cu preponderență genetic și nu de rezultatul internalizării normelor și prescripțiilor parentale cu rol de sancțiune. Când se constată existența unor aspecte legate de tulburările obsesionale, ce se caracterizează adesea printr-o conștiinciozitate exagerată (Wewetzer, 2004), se poate presupune cu suficientă certitudine că există în mod clar o anumită bază genetică.</li> </ul>
-----------------------	---

## 1.2 Modelul terapiei centrate pe scheme

După ce am schițat modelul factorilor de risc și al factorilor de protecție, am descris sarcinile de dezvoltare (mai multe detalii legate de această temă se regăsesc în rândurile ce urmează) și apoi am explicat dimensiunile și tipurile de temperament, facem acum un salt către modelul terapiei centrate pe scheme, care conceptualizează eșecurile interacțiunii dintre destinul nevoilor și temperament în termeni precum „scheme”, „stiluri de coping” și „moduri”. Terapia schemelor înglobează următoarele noțiuni, ce vor fi explicate mai amănunțit în următoarele secțiuni:

- (1) **Nevoile fundamentale**, ca bază a experienței personale și ca „impuls” interior al comportamentelor și trăirilor
- (2) **Frustrarea (cronică)** a nevoilor fundamentale, ca factori moderatori ai factorilor de risc (factorii de risc au o

influență patogenă datorită frustrării cronice a nevoilor fundamentale)

- (3) Formarea **schemelor**, ca expresie a setului de așteptări (de exemplu, autoeficacitate sau autoineficacitate, așteptări cu privire la un anumit rezultat într-o anumită situație, în sensul teoriei lui Bandura) și a trăirilor afective (cu direcționare intențională către sine și lume)
- (4) **Stiluri de coping**, ca rezultat al învățării prin modelare, al factorilor de temperament și al condiționării operante, dar și ca „răspunsuri” individuale și disfuncționale la frustrarea cronică a nevoilor fundamentale. Din punct de vedere al dezvoltării psihopatologice, stilurile de coping pot reprezenta și precursorii anumitor boli, de exemplu, în calitate de nuclee de cristalizare a unor tulburări sau accentuări ulterioare de personalitate (dezvoltări disociale sau narcisice) sau ca precursori ai unor simptome grave (de exemplu, abuz de droguri, fobie socială, anxietate generalizată)
- (5) Formarea **modurilor**, ca precursori ai stilurilor de personalitate, ai strategiilor de coping sau ai atitudinilor caracteriale.

### 1.2.1 Modelul frustrării nevoilor fundamentale

Din perspectiva abordării terapiei schemelor, cea mai bună înțelegere a simptomatologiei psihopatologice este oferită de modelul frustrării nevoilor fundamentale (de bază). În conformitate cu diverși autori și diverse teorii (Young, Brazelton & Greenspan, respectiv Grawe), presupunem existența unor nevoi psihice fundamentale și centrale, care au un fundament biologic și evoluționist. Ne folosim în acest sens de un model simplu care ne ghidează și ne ajută să punem în ordine multiplele fațete și

niveluri ale nevoilor. Nevoile fundamentale fizice de siguranță materială (hrană/somn etc.) și de integritate corporală nu vor fi scoase în evidență în mod deosebit, chiar dacă, din punctul de vedere al psihologiei dezvoltării, ele joacă un rol important în cazul sugarului și al copilului mic sau chiar și în cadrul societăților marcate de lipsa resurselor de existență.

Nevoile prezentate mai jos corespund domeniilor descrise de Jeffrey Young et al. (2015, vezi și Roediger, 2011; și secțiunea 1.3.4 din prezentul volum).

- (1) **Atașament:** în sensul unor relații durabile, pline de iubire și al apartenenței la comunități susținătoare.
- (2) **Autonomie:** în sensul unei independențe de ceilalți, autodeterminare, autoeficacitate, inclusiv controlul asupra mediului exterior.
- (3) **Stimă de sine:** în sensul de recunoaștere și respect de sine.
- (4) **Spirit ludic/amuzament, bucurie, delectare, căutarea plăcerii și stimulare:** în sensul de spontaneitate și libertate în exprimarea de sine.
- (5) Împreună cu Grawe presupunem existența unei **nevoi supraordonate de consistență**, ca tendință a organismului către congruență și acord între diversele procese psihice/neuronale ce se derulează în același timp. Aici poate fi luată în considerare și **nevoia de structură și orientare**, în sensul de transparență și predictibilitate cu scopul de a controla evenimentele din mediul exterior, dar și regulile și limitele comunității sociale. Din acest motiv, Jeffrey Young (2015) subliniază faptul că a avea limite, structuri și reguli este o nevoie fundamentală a omului. În plan individual, tendința spre consistență se manifestă ca nevoie de identitate: Doresc